ആരോഗ്യരേഖ



കേരള
ശാസ്ത്രസാഹിത്യ
പരിഷത്ത്

ആരോഗ്യരേഖ

കേരള
ശാസ്ത്രസാഹിത്യ
പരിഷത്ത്



(Malayalam)

AROGYA REGHA

Kerala Sastra Sahitya Parishad

First Published April 1983

Published and distributed by

Kerala Sastra Sahitya Parishad
Trivandrum—695001

Printed at:
Swaraj Press & Publications, Trivandrum

Price Rs. 2-00

kssp 229/83 D/8 1/1000

ആരോഗ്യ രേഖ
1983 ഏപ്രിൽ

ആമുഖം

ആരോഗ്യ സേവന രംഗത്ത് സ്വാതന്ത്ര്യലബ്ധിക്കുശേഷം നാം ഒട്ടുവളരെ നേട്ടങ്ങൾ കൈവരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം വർധിപ്പിക്കുന്നതിലും വികസിതരാജ്യങ്ങളിലേതിനു ഏതാണ്ട് തുല്യമായ ചികിൽസാകേന്ദ്രങ്ങൾ സ്ഥാപിക്കുന്നതിനും നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു. എങ്കിലും ജനങ്ങളിൽ ഭൂരിപക്ഷത്തിന്റെ, പ്രത്യേകിച്ചും ദരിദ്രരായ ഗ്രാമീണരുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ കാര്യമായി പരിഹരിക്കാൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടില്ലെന്നത് ഒരു ദുഃഖ സത്യമായി അവശേഷിക്കുന്നു. ചികിൽസാപരവും, ചെലവേറിയതും നഗരങ്ങളെ കേന്ദ്രീകരിച്ചുള്ളതും ആശുപത്രികളെയും ഉയർന്ന സാങ്കേതിക വിദ്യകളെയും ആശ്രയിച്ചു നിലനിൽക്കുന്നതും ആയ ആരോഗ്യ സേവന രീതിയും അതിലേക്ക് നയിക്കുന്ന വൈദ്യവിദ്യാഭ്യാസ സമ്പ്രദായവും നമ്മുടെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നതിനു പര്യാപ്തമല്ല എന്ന ന്യായമായ വാദം ഉയർന്നുവന്നിരിക്കുന്നതു് ഈ സാഹചര്യത്തിലാണ്. മാത്രമല്ല, ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ ഇന്നത്തെ വളർച്ചയിലെ പല തെററായ പ്രവണതകളും വികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ പോലും കടുത്ത വിമർശനത്തിന് വിധേയമാക്കപ്പെട്ടുവരികയുമാണ്. ഈ പശ്ചാത്തലത്തിൽ ഇതര മാർഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള അന്വേഷണവും ബദൽ സമീപനങ്ങളുടെ ആവശ്യകതകളും ഒരു വെല്ലുവിളിയായി ജനകീയ ശാസ്ത്ര പ്രസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് രൂപം നല്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നവരുടെ മുൻപിൽ ഉയർന്നു വന്നിരിക്കുന്നു.

ശാസ്ത്രത്തിന്റെ അൽഭുതകരങ്ങളായ നേട്ടങ്ങളെ സാമാന്യ ജനങ്ങളിലേക്കെത്തിക്കാനും, സമൂഹത്തിന്റെ എല്ലാ തലങ്ങളിലും കാണപ്പെടുന്ന അശാസ്ത്രീയതകൾക്കെതിരായി പൊരുതുവാനും പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമായ കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത് ഒരു ജനകീയാരോഗ്യ പ്രസ്ഥാനം കെട്ടിപ്പടുക്കാനുള്ള എളിയ ശ്രമം ആരംഭിച്ചിരിക്കയാണ്. സങ്കീർണമായ പ്രശ്നങ്ങൾ അടങ്ങിയ ഈ ശ്രമത്തിലേക്ക് ആരോഗ്യസേവന രംഗത്തു് പ്രവർത്തിക്കുന്നവരുടേയും ബഹുജനങ്ങളുടേയും ശ്രദ്ധ ആകർഷിക്കുവാനും, സജീവമായ ഒരു ചർച്ചക്ക് തുടക്കം കുറിക്കുവാനും ഉദ്ദേശിച്ചുകൊണ്ട് ഞങ്ങൾ 'ആരോഗ്യരേഖ' അവതരിപ്പിക്കുകയാണ്. കഴിഞ്ഞ ഏതാനും വർഷത്തെ മാത്രം പ്രവർത്തനങ്ങളിലൂടെ രൂപപ്പെട്ടുവന്ന അവ്യക്തമായ ആശയങ്ങൾ ക്രോഡീകരിക്കുവാനുള്ള ആദ്യശ്രമമെന്ന നിലയിൽ ഈ രേഖയെ കാണണമെന്നു് ഞങ്ങൾ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു

അർത്ഥവത്തായ അഭിപ്രായ കൈമാററങ്ങളിലൂടെയും, ക്രിയാത്മകമായ പ്രതികരണത്തിലൂടെയും ഈ രേഖ സമ്പുഷ്ടമാക്കാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കണമെന്ന അഭ്യർത്ഥനയോടെ,

ആരോഗ്യസേന

കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത്

വിഷ്കംഭം

നഗരത്തിൽനിന്ന് ഏകദേശം 8 കി.മീ. ദൂരത്തുള്ളൊരു സർക്കാർ ഗ്രാമീണ ഡിസ്പെൻസറി. അവിടേക്കു ബസ്സുഗതാഗതമൊന്നുമില്ല. റോഡുതന്നെയില്ലെന്നു പറയാം. ആഴ്ചയിലെ ചില ദിവസങ്ങളിൽ ഡോക്ടർവന്നു മുഖം കാട്ടിമറയും. അത്തരമൊരുദിവസം 40 വയസ്സുള്ള രാമൻനായരെന്ന കൃഷിക്കാരനെ താങ്ങിപ്പിടിച്ച് അങ്ങോട്ടുകൊണ്ടുവന്നു. രോഗം: കാലിൽ പഴുപ്പുനിറഞ്ഞ് മൂടിക്കെട്ടിയ ഒരു കുരു. ''അതുകീറണം''—ഡോക്ടർ നോക്കിയിട്ടു പറഞ്ഞു. ''കീറുകയോ മുറിക്കുകയോ എന്തുവേണമെങ്കിൽ ചെയ്തോളു''—രോഗി. ''അതിന്, കീറാൻ ഇവിടെ സാധനങ്ങളൊന്നുമില്ല'' ഡോക്ടർ. ''ബ്ളേഡ് ഞങ്ങരം വാങ്ങിത്തരാം''—ബന്ധുക്കരം തയ്യാറായി. പക്ഷെ ബ്ളേഡ് വാങ്ങിയിട്ടെന്തുകാര്യം? അത് സ്റെററിലൈസ് ചെയ്യണ്ടേ? അതിന് ഇവിടെ മണ്ണെണ്ണയില്ല, സ്റെറൗകത്തിക്കാൻ. കുറെ നേരം സ്പിരിററിൽ ഇട്ടുവച്ചാലും മതിയായിരുന്നു. എന്നാൽ സ്പിരിട്ട് ഇവിടെ ഒരിക്കലും ഉണ്ടായിട്ടില്ല. സ്റെററിലൈസ് ചെയ്യാത്ത ബ്ളേഡുകൊണ്ട് കീറാൻവയ്യ. ''രോഗിയെ ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലേക്കു കൊണ്ടുപൊക്കോളു''—ഡോക്ടർ പറഞ്ഞു.

''അപ്പോരം ഈ ഡിസ്പെൻസറി ഇവിടെ ഉണ്ടാക്കിവച്ചിട്ടുള്ളത് എന്താവശ്യത്തിനാ? നിങ്ങരംക്കു ശമ്പളം തരാൻമാത്രമാണോ''? രോഗിയുടെ ബന്ധുക്കരം ക്രുദ്ധരായി.

''അത് നിങ്ങരം ഡി. എം. ഓ. വിനോടും സർക്കാരിനോടും ചോദിക്കണം. കൊട്ടും കുരവയും നിറപറയും നിലവിളക്കുമായി ഈ ഡിസ്പെൻസറി ഇവിടെ തുറപ്പിച്ച് പിന്നീട് എന്നെന്നേക്കുമായി അപ്രത്യക്ഷനായ രാഷ്ട്രീയ പ്രമാണിയോടു ചോദിക്കണം. ഒരു വീടുവാടകയ്ക്കെടുത്ത് ഒരു ഡോക്ടറെയും പ്രതിഷ്ഠിച്ചാൽ ആശുപത്രിയായി എന്നാണ് സർക്കാരിൻെറയും നാട്ടുകാരുടെയും വിചാരം. അനുഭവിക്കിൻ, നിങ്ങരം തന്നെ അനുഭവിക്കിൻ''—തന്നെ ഈ ഓണം കേറാമൂലയിലേക്കു സ്ഥലം മാററിയതിലുള്ള അമർഷം മുഴുവൻ ഡോക്ടറിൽ നിന്ന് ഒരു നയാഗ്രയായി പുറത്തുചാടി.

രാമൻനായർക്കു ചികിൽസ കിട്ടിയോ? ഇല്ല. അയാളെ താങ്ങിപ്പിടിച്ച് കാറുവരുന്നേടം വരെയെത്തിച്ച്, കാറിൽ കയററി ജില്ലാ

ആശുപത്രിയിൽ കൊണ്ടുപോയി. അവിടെ രണ്ടുമിനിട്ടുകൊണ്ട് കുരു കീറി എന്നാൽ മുറിവിൽ വെക്കാൻ പഞ്ഞിയും ബാൻഡേജും മരുന്നും പുറത്തുനിന്നു വാങ്ങിക്കൊടുക്കേണ്ടി വന്നു. തിരികെ കാറിൽതന്നെ രാമൻനായരെ കൊണ്ടുപോയി. നൂറിലധികം ഉറുപ്പിക ചെലവായി. എന്തിന് ? നിസ്സാരമായ ഒരു കുരു കീറാൻ!

* * * *

ഈ ജില്ലാ ആശുപത്രി നഗരത്തിലെ ഏററവും വലിയ ആശുപത്രിയാണ്. 600–700 രോഗികൾ കിടക്കുന്നുണ്ട്. ശതാബ്ദി ആഘോഷിച്ചിട്ടുതന്നെ കൊല്ലങ്ങൾ കഴിഞ്ഞു. വിവിധ ഡിപ്പാർട്ടുമെൻറുകൾ, ധാരാളം ഡോക്ടർമാർ, സ്പെഷലിസ്ററുകൾ, മേജറും മൈനറുമായി അനവധി ഓപ്പറേഷനുകൾ ഒരു ദിവസം നടക്കുന്നുണ്ട്. ധർമാശുപത്രിയാണ്–അതായത് ചികൽസ സൌജന്യം. വയററിലെ പുണ്ണ് ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്യാൻവേണ്ടി നമ്മുടെ രാമൻനായർക്ക് ഇവിടെ പോകേണ്ടിവന്നു മറെറാരിക്കൽ. ഓപ്പറേഷൻെറ മുമ്പെ ഡോക്ടറെ വീട്ടിൽ ചെന്നു കാണുക എന്ന അലിഖിതവും അനിവാര്യവുമായ നിയമം രാമൻനായർ കണിശമായിത്തന്നെ പാലിച്ചു. എന്നാലും ഓപ്പറേഷൻെറ തലേന്ന് പുറത്തുനിന്നു വാങ്ങാനുള്ള സാധനങ്ങളുടെ ഒരു ലിസ്ററ് രാമൻനായർക്കു ലഭിച്ചു.

ലിസ്ററ് :

1. ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്യാനുള്ള കത്തി
2. പഞ്ഞിയും ബാൻഡേജും ഒട്ടിക്കുന്ന പ്ളാസ്ററും
3. സ്പിരിററ്
4. സ്പൈനൽ അനസ്തീസിയക്ക് കുത്തിവയ്ക്കാനുള്ള മരുന്നുകൾ
5. മുറിവ് തുന്നാനുള്ള നൂലും സൂചിയും
6. ഗ്ളൂക്കോസ് സലൈൻ 6 കുപ്പി
7. വിവിധ മററു മരുന്നുകൾ

''അപ്പൊ, ഡോക്ടറേ, മുറിവ് തുന്നാനുള്ള സൂചിയും നൂലും കൂടി ഈ വലിയ ആശുപത്രിയിലില്ലെ?''

''അതാണു വാസ്തവം, രാമൻനായരേ, കിടക്കകളും സ്ററാഫും മാത്രമേ ഇവിടെയുള്ളു. ബാക്കിയൊക്കെ രോഗികൾ കൊണ്ടുവരണം. എന്നാലേ കാര്യങ്ങൾ നടക്കൂ. ഇങ്ങനെയൊക്കെ മതി, എന്നാണ് സർക്കാരിൻെറ ഭാവം.''

''അപ്പൊ ഡോക്ടറേ, അറിവില്ലാത്തതുകൊണ്ടു ചോദിക്കുകയാണേ, ഇങ്ങനെ പുറത്തുനിന്നു വാങ്ങാനുള്ള കഴിവൊന്നുമില്ലാത്ത ഒരുത്തനെ അടിയന്തിരമായി ഓപ്പറേററ് ചെയ്യേണ്ടിവരുമ്പോഠം എങ്ങനെയാണ് ? ആരാ ഇതൊക്കെ വാങ്ങിക്കാൻ ?''

''അതോ, പറയാം. രാമൻനായരെപ്പോലുള്ള രോഗികഠം ഇങ്ങനെ വാങ്ങിക്കൊണ്ടു വരുന്നതിൽനിന്ന് അൽപസ്വൽപമൊക്കെമിച്ചമുണ്ടാവും. അത് സൂക്ഷിച്ചുവയ്ക്കും. അതുപയോഗിച്ചാണ് അടിയന്തിരഘട്ടങ്ങഠം തരണം ചെയ്യുന്നത്. അടിയന്തിരമായ ഓപ്പറേഷൻ ലഭിക്കാതെ രോഗിമരിച്ചാൽ സസ്പെൻഷൻ ലഭിക്കുന്നത് ഞങ്ങഠക്കുതന്നെയല്ലെ ?''

''ഉരൽ നക്കിപ്പട്ടിയുടെ ചിറി നക്കിപ്പട്ടി, അല്ലെ ?''

★ ★ ★ ★

മണിപ്പാൽ മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ സർജറിപ്രൊഫസർ എൻെറ ഒരു സുഹൃത്താണ്. പ്രശസ്തനായൊരു ഡോക്ടർ, ഇവിടെ നിന്നു റിട്ടയർ ചെയ്തപ്പോഠം ഉടുപ്പിക്കാർ അദ്ദേഹത്തെ റാഞ്ചിക്കൊണ്ടുപോയി. ഈയിടെ ഞാനാമെഡിക്കൽ കോളേജ് സന്ദർശിക്കാനിടയായി. മണിപ്പാലിലേത് ധർമ്മാശുപത്രിയല്ല. അതായത് അവിടെ ചികിൽസ സൌജന്യമല്ല. കിടക്കവാടക മുതൽ എല്ലാത്തിനും കൊടുക്കണം പണം. എന്നിട്ടും ധാരാളം മലയാളികളായ രോഗികഠം, പ്രത്യേകിച്ച് മലബാർ പ്രദേശത്തു നിന്നുള്ളവർ, അവിടെ ചികിൽസക്കായി കിടക്കുന്നത് എന്നെ അൽഭുതപ്പെടുത്തി. എൻെറ സുഹൃത്തിൻെറ പ്രശസ്തികൊണ്ട് അദ്ദേഹത്തെ അന്വേഷിച്ച് ചെല്ലുന്നവരായിരിക്കും അവർ എന്നു ഞാൻ കരുതി.

''ഏയ്, അങ്ങനെയൊന്നുമല്ല. അവർക്കിവിടെ വന്നു ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്തു പോകുന്നതാണ് ലാഭം. അതുകൊണ്ടിങ്ങോട്ടു വരുന്നു.''

''കോഴിക്കോട്ട്, സ്വന്തം മുററത്ത് സൌജന്യ ചികിൽസ നടത്തുന്ന സർക്കാർ ആശുപത്രിയില്ലെ മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ ? ഇവിടെയാണെങ്കിൽ സകലതിനും പണം കൊടുക്കണം. വണ്ടിക്കൂലി വേറെ, അസൌകര്യങ്ങളും, എന്നിട്ടും ഇവിടെയാണ് ലാഭമെന്നോ?''

''കോഴിക്കോട്ട് ധർമാശുപത്രിയായിരിക്കാം, ചികിൽസ സൌജന്യവും—തത്വത്തിൽ. എന്നാൽ അവിടെ അടിതൊട്ട് മുടിവരെ കൊടുക്കേണ്ടവർക്കൊക്കെ കയ്യയച്ചു കൊടുക്കണം—പലതവണ. എന്നാലേ കാര്യങ്ങഠം നടന്നു കിട്ടുകയുള്ളു. ഇവിടെ ഒരിക്കലേ കൊടുക്കേണ്ടു. അതും ബില്ലു കയ്യിൽ കിട്ടുമ്പോഠം, ഇതാണു ലാഭകരം.

എന്ന് അനുഭവത്തിൽ നിന്നറിഞ്ഞതുകൊണ്ടാണ് അവർ ഇങ്ങോട്ടു വരുന്നത്.''

സൌജന്യ ചികിൽസയുള്ള കോഴിക്കോട് ധർമ്മാശുപത്രിയേക്കാൾ ചിലവ് കുറവാണ് എല്ലാത്തിനും ചാർജ് ചെയ്യുന്ന മണിപ്പാലിലെ ഈ സ്വകാര്യസ്ഥാപനം എന്ന്!

★ ★ ★ ★

''അതൊരു ഹരിജൻ കോളനിയാണ്. അവിടെയുള്ള ധാരാളം പേർക്ക് ഒരുതരം ചൊറി രോഗമുണ്ട്. എന്താണെന്നു വ്യക്തമല്ല. രോഗം ഒളിച്ചുവയ്ക്കാനാണവർ ആഗ്രഹിക്കുന്നത്. കുഷ്ഠമാണോ എന്നു സംശയിക്കുന്നു. ശാസ്ത്രസാഹിത്യപരിഷത്തിന്റെ കുറച്ച് ആൾക്കാർ ആ കോളനി സന്ദർശിക്കാനും കാര്യങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കാനും നിശ്ചയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഡോക്ടറും കൂടി ഒന്നുവരണം.''

പോയി. ഒററപ്പെട്ട ഒരു ഹരിജൻ കോളനി. ഞങ്ങൾ ചെല്ലുന്ന വിവരം മണത്തറിഞ്ഞ് രോഗമുള്ളവർ പലരും സ്ഥലം വിട്ടിരിക്കുന്നു. ബാക്കിയുള്ളവർ വൃദ്ധരും കുഞ്ഞുങ്ങളുമാണ്. അവരെ പരിശോധിച്ചു. പലർക്കുമുണ്ട് രോഗം—കുഷ്ഠം, പൊട്ടിയൊലിക്കുന്ന വ്രണമുള്ളവർ, വിരലുകൾ അററവർ, ശരീരത്തിൽ പാടുകളുള്ളവർ, മുഖം വികൃതമായവർ, ഒന്നുനോക്കിയാൽ മതി രോഗം എന്താണെന്നറിയാൻ, അടുത്തുതന്നെ ഒരു സർക്കാർ ഡിസ്പെൻസറിയുണ്ട്. അവിടെ കുഷ്ഠരോഗത്തിനുള്ള മരുന്നൊന്നുമില്ല. അവിടെ ചെന്നാൽ വ്രണംപോലും കെട്ടിക്കൊടുക്കുകയില്ലത്രെ.

''ഹെൽത്ത് വിസിററരൊന്നും ഇവിടെ സന്ദർശിക്കാറില്ലെ?''

''അങ്ങേര് വല്ലപ്പോഴും സർക്കാരാശുപത്രിവരെ വരും. അവിടെ കുറച്ചുനേരം ഇരുന്ന് വന്ന ബസ്സിനു തന്നെ തിരിച്ചു പോകും.''

ഹെൽത്ത് വിസിററരെ അന്വേഷിച്ചു കണ്ടു പിടിച്ചു.

''എന്റെ വീട്ടിൽ നിന്ന് 250 കി.മീ. അകലേക്കാണ് സ്ഥലം മാററിയത്. വീട്ടിൽ അൽപ്പം കൃഷിയും മററുമുണ്ട്. അതുകൊണ്ടൊക്കെയാണ് ജീവിക്കുന്നത്. അതിനാൽ ഇടയ്ക്കൊക്കെ വീട്ടിൽ പോകണം. സർക്കാരിന്റെ ഈ നക്കാപിച്ച കൊണ്ടൊന്നും ജീവിക്കാൻ കഴിയില്ല.''

''എന്നാൽ ഈ നക്കാപ്പിച്ച ജോലിയങ്ങ് ഉപേക്ഷിച്ചുകൂടെ?''

''വയസ്സുകാലത്ത് നാലുകാശ് പെൻഷൻ കിട്ടുന്നതല്ലെ? അതു കളഞ്ഞു കുളിക്കണോ?''

''നിങ്ങൾ സ്ററാററിസ്ററിക്സൊക്കെ ശരിക്കു തയ്യാറാക്കാറില്ലെ? വീടുകളൊന്നും സന്ദർശിക്കാതെ അതെങ്ങനെ ചെയ്യുന്നു?''

''സ്ററാററിസ്ററിക്സിൻെറ യാഥാർത്ഥ്യമൊക്കെ സാറിന്നറിയാവുന്നതല്ലെ? അതൊക്കെ ഒരു ഊഹംവെച്ച് അങ്ങുണ്ടാക്കും. പഴയകണക്കിൽനിന്ന് അൽപ്പം പുരോഗതി വരുത്തിക്കൊണ്ട്.''

നമ്മുടെ ഹെൽത്ത് വിസിററർ ഊഹംവെച്ച് തയ്യാറാക്കുന്ന കണക്കുകളാണ് ആധികാരികമായ സ്ററാററിസ്ററിക്സായി ജനീവയിലെ ലോകാരോഗ്യസംഘടനയിൽ നിന്നു പുറത്തുവരുന്നത്!

★ ★ * *

''കുട്ടിക്കെത്ര വയസ്സായി?''

''രണ്ട് കഴിഞ്ഞ മകരത്തിൽ കഴിഞ്ഞു.'

''രണ്ടു വയസ്സോ, ഇതിന്? ശിവ ശിവ! തൂക്കം 6 കി.ഗ്രാം. അതായത് 6 മാസത്തിൻെറ തൂക്കം മാത്രം. കഷ്ടിച്ച് നിന്നു തുടങ്ങി. പല്ലു നാലെണ്ണം. ചുക്കിച്ചുളിഞ്ഞ തൊലി. കരപ്പൻ, ശരീരമാസകലം. കണ്ടാൽ ഒരു പെരിച്ചാഴിക്കുഞ്ഞ്.''

''ഇന്നലെ തുടങ്ങിയതാ തീ പൊള്ളുന്ന പനി. തുറമ്മും കരച്ചിലും.''

''ഈ കുഞ്ഞിനു ഭക്ഷണമൊന്നും കൊടുക്കാറില്ലെ?''

''എന്തു കൊടുക്കാനാ? ഈ ഞണങ്ങിയ മൊലചപ്പും. പിന്നെ വല്ല കഞ്ഞിവെള്ളോം കൊടുക്കും. അതു കുടിക്കൂല്യ.''

''വല്ല പാലോ പഴമോ കോഴിമുട്ടയോ കൊടുക്കരുതോ? കുട്ടി ഇങ്ങനെ വളർന്നാൽ മതിയോ?''

''എന്തു ചെയ്യാനാ? ആവതുവേണ്ടെ? പകൽ മുഴുവൻ തെണ്ടിച്ചാൽ കിട്ടുന്നത് ആറു രൂപ. ഇതിൻെറ മീതേണ്ട് നാലെണ്ണം. എന്നും തെണ്ടിക്കാൻ ശരീരത്തിനു സുഖോംല്യ.''

''കുഞ്ഞുങ്ങളുടെ തന്ത ഒന്നും തെണ്ടിക്കില്ലെ?''

''അത് കള്ളുഷാപ്പിലും ചായക്കടേലും കൊടുക്കാനേ തെകയുള്ളു''.

''വീട്ടിൽ കക്കൂസുണ്ടോ? കെണറുണ്ടോ?''

''ലക്ഷംവീടിൽ അതൊക്കെ ഉണ്ടാവ്വോ?''

''എവിടെ നിന്നാ വെള്ളം കൊണ്ടുവരുന്നത്?''

''അടുത്തൊരു പൊട്ടക്കുളമുണ്ട്.''

''കൊളമോ ? അവിടെ അലക്കും കുളിയുമൊക്കെ ഇല്ലെ?''

''കന്നിന്നെ കഴുകലും ഉണ്ട്.''

''വെള്ളം തെളപ്പിച്ചു കുടിക്കണം.''

''അരിമണി വേവിക്കാൻ തന്നെ വെറകില്ല.''

''പിന്നെ തൂറലെങ്ങനെ നിൽക്കും? ''

★ ★ ★ ★

''ഗുഡ്മോണിംഗ്, ഡോക്ടർ''

''ഗുഡ്മോണിംഗ്''

''ഡോക്ടർ ഞങ്ങൾക്കൊരു ബിസിനസ്സും തരുന്നില്ലല്ലൊ''

''എന്നു വച്ചാൽ? ''

''ഡോക്ടർ ഞങ്ങളുടെ കമ്പനിയുടെ മരുന്നൊന്നും എഴുതുന്നില്ല''. ''നിങ്ങളുടെ മരുന്നുകൾക്കു വലിയ വിലയാണ്. എൻെറ അടുത്തുവരുന്നത് സാധുക്കളായ രോഗികളാണ്. അവർക്കു നിങ്ങളുടെ മരുന്നുവാങ്ങാൻ കഴിവില്ല.''

''ഡോക്ടർ എക്സും ഡോക്ടർ വൈയും ഞങ്ങൾക്കു നല്ല പ്രോൽസാഹനമാണു തരുന്നത്. ഇതേ രോഗികൾ തന്നെയാണല്ലോ അവിടെയും ചെല്ലുന്നത്. ഡോക്ടറും കൂടി ഒന്നു മനസ്സു വച്ചാൽ ഞങ്ങൾക്ക് ഇക്കൊല്ലത്തെ ലക്ഷ്യം കവിയാം. പ്രത്യേകിച്ച് ഞങ്ങളുടെ സൂപ്പർ ടോണിക്ക്. എന്താകർഷകമായ കുപ്പി ! എത്ര മനോഹരമായ പാക്കിംഗ് !''

''18 ക യല്ലേ അതിൻെറ വില? 18 പൈസയുടെ മൂല്യമില്ലാത്ത ആ വെള്ളം ഞാനെൻെറ പാവപ്പെട്ട രോഗികളുടെ തലയിൽ എങ്ങനെ വച്ചുകെട്ടും? നിങ്ങളുടെ ടോണിക്കു വാങ്ങാൻവേണ്ടി ഒരു പുരുഷന് രണ്ടുദിവസം മുഴുവനും അധ്വാനിക്കണം., അറിയാമോ?''

''ഡോക്ടർ, ഇങ്ങനെ സോഷ്യലിസം പ്രസംഗിച്ചാൽ ഞങ്ങൾക്കും കഴിയേണ്ടേ? ബിസിനസ്സുണ്ടാക്കിത്തരുന്ന ഡോക്ടർമാർക്ക് ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി നല്ല പ്രോൽസാഹനമാണ് നൽകുന്നത്. കഴിഞ്ഞകൊല്ലം ഡോക്ടർ എക്സിൻെറ കൺസൾട്ടിംഗ്റൂം എയർ കണ്ടീഷൻ ചെയ്തു. ഇക്കൊല്ലം ഡോക്ടർ വൈയുടെ കാറിൻെറ പെയ്ൻറ് മാററി. ഡോക്ടർക്കും....'

''മിസ്ററർ റെപ്രസൻറേററീവ്, നിങ്ങൾക്കു പോകാം.''

''സോറി ഡോക്ടർ....''

നമ്മുടെ ആരോഗ്യമേഖലയുടെ ചില മുഖങ്ങളുടെ നിഴലാട്ടങ്ങളാണ് വിഷ്കംഭത്തിൽ കണ്ടത്. ഇവയെല്ലാം സത്യമാണോ ? നൂറു ശതമാനവും. ഈ ഇരുണ്ട മുഖങ്ങൾ മാത്രമേ ഉള്ളു ? അല്ല, അൽപ്പം ചിലേടങ്ങളിൽ അൽപംകൂടി ഭംഗിയായി കാര്യങ്ങൾ നടക്കുന്നുണ്ട്. എന്നാൽ സ്ഥായിയായ ഭാവം വിഷ്കംഭത്തിൽ കണ്ടതുതന്നെ. അപ്പോൾ നമ്മുടെ ആരോഗ്യമേഖലയെ അനാരോഗ്യമേഖല എന്നല്ലേ വിളിക്കേണ്ടത്? അങ്ങനെ വിളിക്കുന്നവരുമുണ്ട്. ആരോഗ്യമേഖലയുടെ ഈ പോക്ക് അപകടം പിടിച്ചതല്ലേ ? എങ്ങനെയുള്ളതാവണം ആരോഗ്യമേഖല ?

അതിനുമുമ്പ്, എന്താണാരോഗ്യം ?

'മാനസിക ശാരീരികധർമങ്ങൾ ഉത്തമരൂപത്തിൽ നടക്കുന്നത് ഏതവസ്ഥയിലാണോ ആ അവസ്ഥയാണ് ആരോഗ്യം' എന്നു ആയുർവേദാചാര്യൻമാർ പണ്ടേയ്ക്കു പണ്ടേ പറഞ്ഞുവച്ചിട്ടുണ്ട്. ശരീരത്തിന്റെയും മനസ്സിന്റെയും പ്രവർത്തനങ്ങൾ ശരിയായി നടക്കണം. അവയ്ക്കു തടസ്സമോ പോരായ്മകളോ വൈകല്യങ്ങളോ ഉണ്ടാവാൻ പാടില്ല. ഇത് പരിപൂർണമായ ആരോഗ്യത്തിൽ മാത്രമേ നടക്കുകയുള്ളു. പരിപൂർണമായ ആരോഗ്യമുള്ളവനേ സ്വധർമങ്ങൾ യഥാവിധി നിർവഹിക്കാനാവൂ. അതിനാൽ തന്നെയാണ് ആരോഗ്യത്തിനു പരമപ്രധാനമായ സ്ഥാനം പുരാതന ഭാരതീയ ചിന്തകർ നൽകിയിട്ടുള്ളത്. ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിനു വേണ്ടി അൽപ്പസ്വൽപമൊക്കെ അവൈദികങ്ങളായ കാര്യങ്ങൾ ചെയ്താലും വേണ്ടില്ല എന്നുവരെ അവർക്കഭിപ്രായമുണ്ടായിരുന്നു. കാരണം ആരോഗ്യമുണ്ടെങ്കിലല്ലേ ഗൃഹസ്ഥാശ്രമധർമങ്ങളും മററും നിർവഹിക്കാൻ കഴിയൂ? അവ നിർവഹിച്ചാലല്ലേ ഇഹത്തിൽശ്രേയസ്സും പരത്തിൽ പുണ്യവും ലഭിക്കൂ ? അതിനാൽ, കർമങ്ങൾ നിർവഹിക്കാൻവേണ്ടിയെങ്കിലും ആരോഗ്യം നിലനിർത്താൻ അവർ ആഹ്വാനം ചെയ്തു. 'ശരീരമാദ്യം ഖലു ധർമസാധനം' എന്നു കാളിദാസനും ഉൽഘോഷിച്ചു. ഈ ആരോഗ്യം എങ്ങനെ സൃഷ്ടിക്കാം, നിലനിർത്താം, വർധിപ്പിക്കാം! ആ അന്വേഷണത്തിൽ നിന്നുണ്ടായതാണ് ആയുർവേദം.

ആരോഗ്യത്തിനു ലോകാരോഗ്യസംഘടന കൊടുത്ത നിർവചനവും ഒന്നു നോക്കാം. 'കേവലം രോഗരാഹിത്യമല്ല, പ്രത്യുത, ശാരീരികവും മാനസികവും സാമൂഹ്യവുമായ പരിപൂർണ സ്വാസ്ഥ്യമാണ് ആരോഗ്യം.' ഇത് വലിയ ഒരു ഉന്നതമേഖലയെ ചുംബിക്കുന്ന ഒരു നിർവചനമായിപ്പോയി. ലോകത്തിൽ എവിടെയെങ്കിലും ഈ നിർവചനമനുസരിച്ചുള്ള ആരോഗ്യം നിലനിൽപ്പുണ്ടോ എന്നുസംശയമാണ്. അടുത്ത ഭാവിയിലെങ്ങാനും ഉണ്ടാകുമോ

എന്നും അറിഞ്ഞുകൂടാ. ഇന്നു ആരോഗ്യത്തിൻെറ ഏററവും ഉന്നതനിലവാരം കാണപ്പെടുന്നത് സ്വീഡനിലാണെന്നാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ മതം. അവിടെപ്പോലുമുണ്ടോ പരിപൂർണ്ണമായ സാമൂഹ്യസ്വാസ്ഥ്യം? അപ്പോൾ ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ ഈ ആരോഗ്യം, സമീപഭാവിയിലെങ്കിലും, കേവലം അപ്രാപ്യമായിത്തന്നെ നിൽക്കാനേ വഴിയുള്ളു. ഇന്ത്യയെപ്പോലുള്ളൊരു രാജ്യത്തിൻെറ കഥ പറയാനുമില്ല. എന്നിരുന്നാലും ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ ഈ അചുംബിതനിർവചനത്തെ അംഗരാജ്യങ്ങളെല്ലാം അംഗീകരിച്ചു കഴിഞ്ഞ സ്ഥിതിക്കു. അതിൻെറ വ്യാപ്തി എത്രത്തോളമുണ്ടെന്ന് ഒന്നു പരിശോധിക്കാം.

പ്രാഥമികാരോഗ്യസേവനം

വിദ്യാഭ്യാസത്തിൽ പ്രാഥമിക വിദ്യാഭ്യാസംപോലെ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ പ്രാഥമികാരോഗ്യമാണ് ഏററവും പ്രധാനമായത്, ആവേണ്ടത്. കാരണം അത് നൂറുശതമാനം ജനങ്ങളെയും സ്പർശിക്കുന്നു. അന്യഥാ പറഞ്ഞാൽ, അവരുടെ ജീവിതത്തെ സ്വാധീനിക്കുന്ന, ലഘൂകരിക്കുന്ന, സുഖകരമാക്കുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളാണ്, ആവണം പ്രാഥമികാരോഗ്യം കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നത്. ഏതെല്ലാമാണീ പ്രവർത്തനങ്ങൾ? അഥവാ എന്താണ് അതിൻെറ ഉള്ളടക്കം?

സമൂഹത്തിലെ ഓരോ കുടുംബത്തിനും വ്യക്തിക്കും അവശ്യം ലഭിക്കേണ്ടതും സുപ്രാപ്യവുമായ ആരോഗ്യശ്രദ്ധയാണ് പ്രാഥമികാരോഗ്യം; ആരോഗ്യമേഖലയുടെ അസ്തിവാരമാണ് അത്; അതിൻെറ നിർവഹണമാർഗങ്ങൾ സമൂഹത്തിനു വിജ്ഞേയവും സ്വീകാര്യവുമായിരിക്കണം. അതിനു ഉപയോഗിക്കുന്ന ടെക്നോളജിയാവട്ടെ, സമൂഹത്തിൻെറ വരുമാനത്തിന്നു താങ്ങാവുന്നതായാരിക്കണം. സമൂഹത്തിൻെറ സമ്മതവും സഹകരണവും ഓരോ അടിവെപ്പിലും ഉറപ്പുവരുത്തുകയും വേണം. ഇങ്ങനെ സംഘടിപ്പിക്കപ്പെട്ടാലേ പ്രാഥമികാരോഗ്യം നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്തിൻെറയും രാജ്യത്തിൻെറയും ഉയർന്ന ആരോഗ്യമേഖലയുടെ അവിഭാജ്യഘടകവും അടിസ്ഥാനശിലയും മർമസ്ഥാനവുമായിത്തീരുകയുള്ളൂ. ഇത്തരം പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിനേ ജനങ്ങളുടെ സാമൂഹ്യസാമ്പത്തിക മേഖലകളെ കാര്യക്ഷമമായി സ്വാധീനിക്കാൻ കഴിയൂ. ഈ സാഹചര്യങ്ങൾ മനസ്സിൽവച്ചു കൊണ്ടുവേണം പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൻെറ ഘടകങ്ങൾ പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ. ഏതൊക്കെയാണ് ഈ ഘടകങ്ങൾ?

1. ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം
2. പോഷകഭക്ഷണം
3. ശുദ്ധജല വിതരണം
4. ശുചിത്വനടപടികൾ
5. മാതൃശിശുസംരക്ഷണം
6. രോഗ പ്രതിരോധ നടപടികൾ
7. പകർച്ചവ്യാധികളുടെ നിയന്ത്രണം
8. ദൈനം ദിന രോഗചികിൽസ
9. അവശ്യൌഷധങ്ങളുടെ ലബ്ധി
10. പുനരധിവാസം

തുടക്കത്തിൽതന്നെ ഒരു കാര്യം വ്യക്തമാക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. ഉറക്കെ പ്രഖ്യാപിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു: പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിന്റെ ഇന്നത്തെ നില നമുക്കു സ്വീകാര്യമല്ല, ബഹുഭൂരിപക്ഷത്തിനും സ്വീകാര്യമല്ല. കാരണം അതിന്റെ ഇന്നത്തെ നില വളരെ ശോചനീയമാണ്. അത് എവിടെയാണോ ഏററവും ആവശ്യമായിരിക്കുന്നത്, അത് എവിടെയാണോ സമൂഹത്തിലെ 82 ശതമാനങ്ങളും പാർക്കുന്നത്, എവിടെയാണോ മുഴുവൻ ജനങ്ങളും തീററിപ്പോററുന്ന ഭക്ഷണം ഉൽപാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്നത്, എവിടെയാണോ കൂടുതൽ ദാരിദ്ര്യവും അനാരോഗ്യവും കൊടികുത്തി വാഴുന്നത്, എവിടെയാണോ അജ്ഞത, നിരക്ഷരത, ശുചിത്വക്കുറവ്, ജലദൌർലഭ്യം മുതലായവ രോഗങ്ങൾക്ക് വിളനിലമായിരിക്കുന്നത് ആ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളെ അത് അവഗണിക്കുന്നു. കേവലം 18 ശതമാനം പാർക്കുന്ന കയ്യൂക്കുള്ള നഗരങ്ങളാണ് ആരോഗ്യമേഖലയിലെസിംഹഭാഗവും കയ്യടക്കിയിരിക്കുന്നത്. ആരോഗ്യമേഖലയിലെ ഏതു് സൂചികയെടുത്താലും കാണാം. നഗരങ്ങളിലേക്കുള്ള ഈ മുൻതൂക്കം: ഡോക്ടർമാരുടെയും നഴ്സുമാരുടെയും സംഖ്യ, കിടക്കകളുടെ എണ്ണം, രോഗനിർണ്ണയോപാധികൾക്കുള്ള സൌകര്യങ്ങൾ, ആരോഗ്യമേഖലയിലേക്കുള്ള ധനവിനിയോഗം മുതലാവയെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം ജനാധിപത്യമല്ല നഗരാധിപത്യമാണ് ഇന്നുനിലവിലുള്ളത്. (കുറച്ചുകൂടി വ്യക്തമാക്കിയാൽ കാണാം അത് തലസ്ഥാനാധിപത്യമാണ് എന്ന്) പ്രസംഗങ്ങളിൽ ഈ സ്ഥിതിവിശേഷത്തെ നഖശിഖാന്തം എതിർക്കുമെങ്കിലും നമ്മുടെ ഭരണകർത്താക്കളെല്ലാം—എം. എൽ. ഏ മാർ, എം. പിമാർ, മന്ത്രിമാർ, ഡയറക്ടർമാരും സെക്രട്ടറിമാരും, ഗവർണ്ണർ, പ്രധാനമന്ത്രി, പ്രസിഡണ്ട്

വരെ—പ്രായോഗികതലത്തിൽ ഈ നഗരാധിപത്യത്തെ അനുകൂലിക്കുകയും അരക്കിട്ടുറപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നവരാണ്. ഈ സ്ഥിതിമാററുകയെന്നത് ഒട്ടും എളുപ്പമല്ല. രാഷ്ട്രീയ തലത്തിൽ പുതിയ ഒരു വീക്ഷണമുണ്ടാവേണ്ടിയിരിക്കുന്നു അതിന്ന്. ആ വീക്ഷണം ജനിപ്പിക്കുവാൻ ഗ്രാമനിവാസികൾ ഉണരുകയും ഒത്തൊരുമിച്ച് സമരം ചെയ്കയും വേണം.

ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം

പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൽ പരമപ്രധാനമായതാണ് ജനങ്ങളെ ആരോഗ്യപരമായ കാര്യങ്ങളിൽ അഭ്യസ്തവിദ്യരാക്കുക എന്നത്. ഇതിൽ പല വശങ്ങളുമുണ്ട്. ഒന്നാമതായി ആരോഗ്യത്തിൻെറ ആവശ്യകതയെപ്പററി പറയണം. എന്തിനാണ് ആരോഗ്യം ? വ്യക്തി കുടുംബാംഗം, സാമൂഹ്യജീവി എന്നീ നിലകളിൽ സാമ്പത്തിക സാംസ്കാരിക രംഗങ്ങളിൽ സഫലവും ഉപകാരപ്രദവും ആസ്വാദ്യവുമായ ഒരു പരിപൂർണജീവിതം നയിക്കുവാൻ മനുഷ്യന് ആരോഗ്യം അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. കുടുംബത്തിന്നും സമൂഹത്തിന്നും രാഷ്ട്രത്തിന്നും നിർമാണാത്മകമായ സംഭാവന നൽകാൻ ആരോഗ്യമുള്ള വ്യക്തിക്കേ കഴിയൂ. ജീവിതത്തിൻെറ പരിപൂർണതയെ ആസ്വദിക്കാനും വേണം ആരോഗ്യം. അത് അവൻെറ ജൻമാവകാശമാണ്. മനുഷ്യാവകാശങ്ങളിൽ അഗ്രഗണ്യമാണ്. എന്നാൽ ഇന്നു ഇന്ത്യയിലെ എന്നല്ല ലോകത്തിലെ ബഹുഭൂരിപക്ഷത്തിന്നും ഈ ജൻമാവകാശവും മനുഷ്യാവകാശവും നിഷേധിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുകയാണ്. മാത്രമല്ല ആരോഗ്യത്തിൻെറ പേരിൽ അവൻ അനുനിമിഷം ചൂഷണം ചെയ്യപ്പെടുകയാണ്. ആരോഗ്യമേഖലയിലുണ്ട് ഉള്ളവരും ഇല്ലാത്തവരും. ഉള്ളവർ ചെറിയൊരു ന്യൂനപക്ഷവും ഇല്ലാത്തവർ മഹാഭൂരിപക്ഷവും. ചൂഷണത്തിൻെറ ഫലമായി ഉള്ളവർക്കു കൂടുതൽ കൂടുതൽ ആരോഗ്യം ലഭിക്കുമ്പോൾ ഇല്ലാത്തവരിൽനിന്ന് അനുനിമിഷം ചോർന്നുപോയിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ഈ ചൂഷണത്തെയും അസമത്വത്തെയും അരക്കിട്ടുറപ്പിക്കുന്നതാണ് ഇന്നത്തെ രാഷ്ട്രീയനേതൃത്വവും ഭരണസംവിധാനവും, ആദ്യമായി ജനങ്ങളെ ധരിപ്പിക്കേണ്ടത് ഈ അസമത്വത്തെയും ചൂഷണത്തേയും പററിയാണ്. ഇതിനെപ്പററി ബോധ്യമായാലല്ലെ ഇതിന്നെതിരായി സംഘടിക്കാൻ കഴിയൂ ?

ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസത്തിൻെറ ഫോക്കസ് ജനങ്ങളിലും പ്രവൃത്തികളിലുമായിരിക്കണം.—അതായത് ജനങ്ങളെ അഭ്യസിപ്പിച്ച് പ്രവർത്തനത്തിലേക്കു പ്രേരിപ്പിക്കുക. ആരോഗ്യകരങ്ങളായ ശീലങ്ങൾ വളർത്താനും നിലനിർത്താനും, ഇന്നു ലഭ്യമായ ആരോഗ

സേവനങ്ങളെ വിവേകപൂർവം ഉപയോഗിക്കാനും, വ്യക്തി സമൂഹം പരിസരം എന്നിവയുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി ഉയർത്താനുതകുന്ന തീരുമാനങ്ങളെടുക്കാനും നടപ്പാക്കാനും ജനങ്ങളെ പ്രോൽസാഹിപ്പിക്കുക എന്നതാണ് ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം കൊണ്ട് ലക്ഷ്യമാക്കുന്നത്. തൻെറയും സമൂഹത്തിൻെറയും ആരോഗ്യസ്ഥിതിയിൽ ഓരോ വ്യക്തിക്കും പ്രധാനമായൊരു പങ്കും ഉത്തരവാദിത്വവും ഉണ്ടെന്നു മനസ്സിലാക്കിക്കണം. ഈ ഉത്തരവാദിത്വബോധം വളർത്തുന്നതിലൂടെ നിർമാണാത്മകവും ലക്ഷ്യോൻമുഖവുമായ സാമൂഹ്യപ്രവർത്തനത്തിലേക്ക് അവരെ നയിക്കുകയും വേണം.

പൊതുവെ പറഞ്ഞാൽ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം കൊടുക്കുന്നത് നാലുവേദികളിലായിട്ടാണ്: കുടുംബം, വിദ്യാലയം, ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങൾ, ജനങ്ങൾ കൂടുന്ന മററുവേദികൾ. കുടുംബത്തിൽ വച്ച് രണ്ടുതരം വിദ്യാഭ്യാസമാണ് നടത്താൻ കഴിയുക. പുറമെ നിന്നുള്ള ആരോഗ്യജീവനക്കാർ വന്ന് കുടുംബാംഗങ്ങളുമായി സംസാരിച്ച് അവരുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കി ഉചിതമായ പരിഹാരമാർഗങ്ങളിലൂടെ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം കൊടുക്കുക,.

വിദ്യാലയത്തിൽ കുട്ടികളാണ് ഫോക്കസ്. പ്രധാനമായും അധ്യാപകരാണ് ഇവിടെ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം നൽകേണ്ടത്. വീട്ടിൽവച്ച് കുട്ടികൾ സമ്പാദിച്ചശീലങ്ങൾ പുതിയ അറിവിൻെറ വെളിച്ചത്തിൽ ശാസ്ത്രീയമായ വിശദീകരണവും ന്യായീകരണവും കൊടുക്കാൻ കഴിയണം. ഇവിടെയും ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർക്ക് കാര്യമായപങ്കുവഹിക്കാനുണ്ട്. ഇന്ന് കേരളത്തിലെ വിദ്യാലയങ്ങളിൽ മെഡിക്കൽ പരിശോധന നടപ്പിലായിക്കൊണ്ടു വരികയാണ്. പരിശോധനക്കാണ് ഡോക്ടർമാർസ്കൂളിലെത്തുമ്പോൾ ഈസന്ദർഭങ്ങളെ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസപ്രചരണങ്ങൾക്കായി ഉപയോഗിക്കണം. സ്കൂളിൽവച്ച് ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം നടത്താൻ സാധിക്കുന്ന മറെറാരു ശക്തമായ മാധ്യമമാണ് സിനിമാപ്രദർശനങ്ങൾ.

ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽവച്ചു നടത്താൻ കഴിയുന്ന വിദ്യാഭ്യാസത്തിനു അതിരില്ലതന്നെ. ഓരോ രോഗിയുടെയും ഓരോ സന്ദർശനത്തെയും ജീവനക്കാരുടെ കഴിവനുസരിച്ച് പരമാവധി ഉപയോഗപ്പെടുത്താവുന്നതാണ്. ഇവിടെ പ്രത്യേകിച്ച് ശ്രദ്ധകേന്ദ്രീകരിക്കേണ്ടത് സ്ത്രീകൾ, ഗർഭിണികൾ, പകർച്ചവ്യാധികളുള്ള രോഗികൾ എന്നിവരിലായിരിക്കണം.

നാലാമത്തെ വേദിയായി പരാമർശിക്കപ്പെട്ടത് ആളുകൾ കൂടുന്ന ഏതു വേദിയുമാവാം: സിനിമാശാലകൾ, ഉത്സവമേളകൾ

കവലകൾ, ബസ്ററാൻറുകൾ, രാഷ്ട്രീയയോഗങ്ങൾ, തുടങ്ങിയവ യെല്ലാം എന്നാൽ ഇന്ന് ഇവയിൽ ഒന്നുംതന്നെ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസ ത്തിനായി ഉപയോഗിക്കപ്പെടുന്നില്ല. വളരെ വിശാലമാണ് ഈ തുറ.

ഇവ കൂടാതെ റേഡിയോ, ടെലിവിഷൻ, പത്രമാസികകൾ, പുസ്തകങ്ങൾ, ലഘുലേഖകൾ ഇവയൊക്കെ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസ പ്രചരണത്തിനായി ഉപയോഗപ്പെടുത്താം—ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നു മുണ്ട്.

ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസവേളയിൽനല്ല ആരോഗ്യം നിലനിർത്താ നാവാശ്യമായ ഘടകങ്ങളെപ്പററി പരാമർശിക്കണം. അതായത്, ശുദ്ധവായു, ശുദ്ധജലം, പോഷകാഹാരം, വൃത്തിയായ പരിസരം, ശരീരവ്യായാമം തുടങ്ങിയവയെപ്പററി. ആരോഗ്യം എങ്ങനെ ലംഘി ക്കപ്പെടുന്നു. രോഗങ്ങൾ പ്രത്യേകിച്ച് സാംക്രമികരോഗങ്ങൾ എങ്ങനെ പടരുന്നു എന്നു പൊതുവെ വിവരിക്കണം. അതായത് മലിനവായു, ജലം. ഭക്ഷണം എന്നിവയിലൂടെ, പോഷകാഹാര ക്കുറവുമൂലം, അനാരോഗ്യശീലങ്ങളിലൂടെ (പുകവലി, മദ്യപാനം ലഹരി മരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം തുടങ്ങിയവ). രോഗങ്ങൾ എങ്ങ നെ തടയാം എന്നു പരാമർശിക്കണം. രോഗപ്രതിരോധ നടപടികളി ലൂടെ, ശുദ്ധീകരിച്ച ജലം ഉപയോഗിക്കുക, ശുചിത്വനടപടികൾ സ്വീകരിക്കുക എന്നിവയിലൂടെ, ഇവയെപ്പററിയൊക്കെ ബോധമുള്ള ജനത ഇത്തരം അറിവുകൾ ദൈനംദിന ജീവിതത്തിൽ പ്രാവർത്തിക മാക്കാൻ സ്വയം ശ്രമിക്കും—അവർക്കു എന്തൊക്കെ സാമ്പത്തിക ക്ളേശങ്ങളുണ്ടായാലും. അതാണു കേരളത്തിലെയും ശ്രീലങ്കയി ലേയും അനുഭവങ്ങൾ തെളിയിക്കുന്നത്. സാമ്പത്തികമായി ഇന്ത്യ യിലെ ഏററവും പിന്നണിയിൽ നിൽക്കുന്നൊരു സംസ്ഥാന രാജ്യ മാണു കേരളം. രൂക്ഷമായ ജനസാന്ദ്രത, ദാരിദ്ര്യം, പ്രകൃതി വിഭവങ്ങളുടെ കുറവ്, വ്യവസായങ്ങളില്ലായ്മ, തൊഴിലില്ലായ്മ ധാന്യവിളകളുടെ അപര്യാപ്തത, എന്നീ പ്രതികൂല സാഹചര്യ ങ്ങളൊക്കെയുണ്ടായിട്ടും ആരോഗ്യസൂചികകളെടുത്തു പരിശോധി ച്ചാൽ കാണാം അവ താരതമ്യേന ഇന്ത്യയിൽവച്ച് മെച്ചപ്പെട്ടവയാ ണെന്ന്. പൊതുമരണനിരക്ക്, ശിശുമരണനിരക്ക്, പ്രസവം കൊണ്ടുള്ള മരണനിരക്ക്, ജനനനിരക്ക് ആയുർദൈർഘ്യം, ഗ്രാമീണ വൈദ്യസഹായം, ആശുപത്രിക്കിടക്കകളുടെ അനുപാതം എന്നിവ യിലൊക്കെ താരതമ്യേന ഏററവും അനുകൂലവും പ്രോൽസാഹ ജനകവുമായ കണക്കുകളാണു കേരളത്തിനുള്ളത്. അതുകൊണ്ടാ ണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടന പോലും "കേരളവും ശ്രീലങ്കയും വികസ്വര രാജ്യങ്ങൾക്കുള്ള മാതൃക"യാണെന്നു പ്രഖ്യാപിച്ചത്

ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കാനുള്ള കാരണം കേരളീയർക്കുള്ള താരതമ്യേന ഉയർന്ന ശുചിത്വബോധവും വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരവുമാണെന്നുള്ളതിൽ സംശയമില്ല.

പോഷകാഹാരം

ഈ വിഷയത്തെപ്പററി നൂറുകണക്കിന്നു പ്രസിദ്ധീകരണങ്ങളുണ്ടായിട്ടുണ്ട്. ഇന്നും ഉണ്ടാക്കിക്കൊണ്ടേയിരിക്കുന്നു. അവയെല്ലാം കാണിക്കുന്ന കാതലായ ഒരു കാര്യം ഇതാണ്: വികസ്വരലോകത്തിലെ ഏററവും വലിയ രോഗം ദാരിദ്ര്യമാണ്; ഭക്ഷണം—പോഷകമോ അല്ലാത്തതോ—കഴിക്കാൻ ഇല്ലാത്തതാണ്. ഈ രാജ്യങ്ങളിലെ ഭൌതിക സാഹചര്യങ്ങൾ കഴിഞ്ഞ രണ്ടുദശങ്ങളിലായി വളരെ മോശമായിരിക്കുകയാണ് പലേടത്തും യഥാർത്ഥജീവിത നിലവാരം താഴ്ന്നിരിക്കുന്നു എന്നാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ ഒരു പ്രസിദ്ധീകരണത്തിൽ പറയുന്നത്. ഇങ്ങനെ സംഭവിക്കുന്നത് ഏത് സാഹചര്യത്തിലാണ്? ''കഴിഞ്ഞ 30 വർഷത്തിനുള്ളിൽ ലോകത്തിലെ ഭൌതിക സമ്പത്ത് മൂന്നിരട്ടിയായി വർധിച്ചിട്ടുണ്ട്, ജനസംഖ്യയാകട്ടെ രണ്ടിരട്ടിയും'' എന്തുവിരോധാഭാസം! ലോകത്തിലെ ഭൌതിക സമ്പത്ത് വർധിക്കുമ്പോൾ ജനങ്ങളുടെ ജീവിതനിലവാരം താഴുന്നു! കോളനികളും സാമ്രാജ്യങ്ങളും എന്നേ തകർന്നുകഴിഞ്ഞെങ്കിലും കൊളോണിയൽ സാഹചര്യങ്ങളും സാമ്രാജ്യത്വവും ഇന്നും നിലനിൽക്കുന്നു, തഴച്ചുവളരുന്നു എന്നു സാരം. വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിൽനിന്നു സമ്പത്ത് ഇന്നും വികസിത രാജ്യങ്ങളിലേക്ക് ഒഴുകിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നു—പണ്ടത്തെപ്പോലെതന്നെ. അവർ അധികമധികം സമ്പന്നരായിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നു, ഇവർ ദരിദ്രരും. സമീപഭാവിയിലൊന്നും ഈ ബന്ധങ്ങൾക്കു സാരമായ മാററമുണ്ടാകുമെന്നു പ്രതീക്ഷിക്കാൻ വകയില്ല.

ഇത് രാജ്യങ്ങൾ തമ്മിലുള്ള ബന്ധം. ഇനി ഒരു വികസ്വര രാജ്യത്തിലെ ആഭ്യന്തര സ്ഥിതിയെ വിശകലനം ചെയ്താൽ കിട്ടുന്നതെന്താണ്? മേൽപറഞ്ഞ അതേ ചിത്രം തന്നെ. മഹാഭൂരിപക്ഷം വരുന്ന ദരിദ്രരുടെ ഒരു കടലിൽ ചെറിയ ന്യൂനപക്ഷമായ സമ്പന്നരുടെ ഒരു കൊച്ചുതുരുത്ത്. എന്നാൽ ഈ തുരുത്തിന്റെ ശക്തിയും സമ്പത്തും അനുദിനം വർധിച്ചുകൊണ്ടേയിരിക്കുകയാണ്. ''ഏററവും ധനികരായ പത്തുശതമാനം ജനങ്ങൾ സമ്പത്തിന്റെ 40 ശതമാനം കയ്യടക്കിവച്ചിരിക്കുന്നു. എന്നാൽ ഏററവും ദരിദ്രരായ 40 ശതമാനം ലഭിക്കുന്നത് രാഷ്ട്രസമ്പത്തിന്റെ വെറും 9 ശതമാനം മാത്രം—'' ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ മറെറാരുകണക്ക്. വികസ്വരവികസിതരാജ്യങ്ങൾ തമ്മിലുള്ള അസമത്വത്തെപ്പററി ധർമരോഷത്തോടെയുള്ള വാഗ്ധോരണി മുഴക്കുന്ന രാഷ്ട്രനേതാക്കൾ സ്വന്തം

രാജ്യത്തിൽ ചെയ്യുന്നതോ, ഇതേ കൊളോണിയൽ സാമ്രാജ്യത്വപരമായ അസമത്വങ്ങളും ചൂഷണവും അരക്കിട്ടുറപ്പിക്കുകയും ഇന്ത്യയുൾപ്പെടെയുള്ള വികസ്വരരാജ്യങ്ങളുടെകഥയാണിത്. ഈ പശ്ചാത്തലത്തിൽ വേണം പോഷകാഹാരക്കുറവിനെയും ദാരിദ്ര്യത്തെയും വിലയിരുത്തുക. അതായത് പ്രശ്നം പ്രധാനമായും രാഷ്ട്രീയമാണ്, ആരോഗ്യമേഖലയുടെ അല്ല. എന്നാൽ അത് ഏററവും അധികം ബാധിക്കുന്നത് ആരോഗ്യമേഖലയെയാണുതാനും.

വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലെ ശിശുമരണനിരക്കിനെ സഹായിക്കുന്ന ഏററവും വലിയ ഘടകമാണ് പോഷകാഹാരക്കുറവ് എന്നു പറയുന്നു; ലോകാരോഗ്യസംഘടന. എത്രത്തോളം വരും പോഷകാഹാരക്കുറവുകൊണ്ടുള്ള മരണനിരക്ക്? കൃത്യമായ കണക്കുകൾ കിട്ടാൻ പ്രയാസമാണ്. കാരണം പോഷകാഹാരക്കുറവുമൂലമാണ് ശിശു മരിച്ചത് എന്നു ഡോക്ടർ വളരെ വിരളമായേ രേഖപ്പെടുത്താറുള്ളു. കുട്ടിയെ ആശുപത്രിയിൽ കൊണ്ടുവരുന്നത് വയറിളക്കവും ഛർദിയുമായിട്ടായിരിക്കും. മരണപ്പെട്ടാൽ അതിന്റെ കാരണവും ഛർദി അതിസാരമെന്നുതന്നെ എഴുതുന്നു. എന്നാൽ ഈ ഛർദി അതിസാരം വരാനും നിലനിൽക്കാനും രൂക്ഷമാവാനും ചികിൽസക്കു വഴങ്ങാതിരിക്കാനും കാരണമായിവർത്തിച്ചത് കുട്ടിയുടെ പോഷകാഹാരക്കുറവാണെന്ന കാര്യം ഡോക്ടർമാർ സൌകര്യപൂർവ്വം വിസ്മരിച്ചു പോകുന്നു. കുട്ടികൾ മരിക്കുന്നത് അതിസാരംമൂലം, അഞ്ചാം പനിമൂലം, ന്യൂമോണിയമൂലം, ക്ഷയംമൂലം. അസംബ്ലിയിൽ ചോദ്യം : എത്ര കുഞ്ഞുങ്ങൾ കേരളത്തിൽ പോഷകാഹാരക്കുറവുമൂലം മരിക്കുന്നു ഉത്തരം : ഒന്നുമില്ല. സർവം ഭദ്രം. കേരളം വളർന്നു കഴിഞ്ഞു.

ശരിയാണ്, മുഴുപ്പട്ടിണിമൂലം കുട്ടികൾ മരിക്കുന്നില്ല. പോഷകാഹാരക്കുറവ് എന്നാൽ മുഴുപ്പട്ടിണിയല്ല. കുറച്ചൊക്കെ ഭക്ഷണം കിട്ടുന്നുണ്ട്. ഗുണത്തിലും പോര, അളവിലും പോര. ജീവൻ നിലനിർത്താനും അൽപ്പസ്വൽപ്പം വളർച്ചയുണ്ടാക്കാനും അതുതകും. ആരോഗ്യത്തെ ഉണ്ടാക്കാൻ അതുപോര. പത്തുവയസ്സുള്ള കുഞ്ഞിനെക്കണ്ടാൽ തോന്നും അഞ്ചു വയസ്സേ ഉള്ളു എന്ന്. ബുദ്ധിപരമായി പിന്തള്ളപ്പെടുന്നു. ക്ലാസ്സുകളിൽ തോൽക്കുകയും പഠിത്തം നിർത്തുകയും ചെയ്യുന്നു. അവർ നിത്യരോഗങ്ങൾക്കു വിളനിലമായി അലയുന്നു.

ഇതിനൊരു പരിഹാരമില്ലെ? ഈ സ്ഥിതിക്കു മാററമുണ്ടാവണമെങ്കിൽ കുഞ്ഞുങ്ങൾക്ക്—പ്രത്യേകിച്ച് അഞ്ചു വയസ്സിൽ താഴെയുള്ളവർക്ക്—പോഷകാഹാരം വേണ്ടത്രലഭിക്കുമാറാകണം. കുഞ്ഞുങ്ങൾക്കുമാത്രം ലഭിച്ചാൽപോര ആഹാരം പാലൂട്ടുന്ന അമ്മമാർക്കും

ഗർഭിണികൾക്കൾക്കും വേണം. സമീപഭാവിയിൽ ഗർഭിണികളാവാൻ പോകുന്നവർക്കും വേണം. എന്നാൽ വീട്ടിലെ മററംഗങ്ങൾ—തെണ്ടിച്ചുണ്ടാക്കേണ്ടവർ അർധ പട്ടിണിക്കാരായിക്കഴിയുമ്പോൾ കുഞ്ഞുങ്ങൾക്കും മററും മാത്രമായി പോഷകാഹാരം ലഭിക്കുകയില്ല. കുടുംബത്തിലെ വരുമാനം ഗണ്യമായി ഉയരാതെ അതിന്നു വഴിയുണ്ടാവില്ല. വരുമാനം ഉയരണമെങ്കിൽ സ്വന്തമായി കൃഷിയോ തൊഴിലോ ഉണ്ടാവണം. ഇത് രണ്ടും ഭൂരിപക്ഷത്തിന്നുമില്ല, പ്രത്യേകിച്ച് 82 ശതമാനം പാർക്കുന്ന ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിൽ—അതിലും പ്രത്യേകിച്ച് സമൂഹത്തിലെ ഏററവും താഴെത്തട്ടിലുള്ള ഹരിജന ഗിരിജനങ്ങളുടെ ഇടയിൽ. ഭരണകർത്താക്കളുടെ രാഷ്ട്രീയവീക്ഷണത്തിലും സമുഹ്യസാമ്പത്തികരംഗങ്ങളിലും സാമൂഹ്യമായ വിപ്ളവാത്മകമായ മാററമുണ്ടായാലേ ശാശ്വതപരിഹാരം പ്രതീക്ഷിക്കാനാവൂ. എന്നാൽ ഈ ശാശ്വതപരിഹാരത്തിനു കാത്തിരിക്കാതെ ഇപ്പോൾ എന്തെങ്കിലും ചെയ്യേണ്ടിയിരിക്കുന്നു എന്ന ചിന്താഗതിക്ക് സ്വാധീനം കൂടിവരുന്നുണ്ട്. പ്രധാനമായി ചെയ്യാനുള്ളത് മേൽപറഞ്ഞ ദുർബലവിഭാഗങ്ങൾക്ക് (കുഞ്ഞുങ്ങൾ, പാലൂട്ടുന്ന അമ്മമാർ, ഗർഭിണികൾ) പോഷകമൂല്യമുള്ള ആഹാരം എത്തിച്ചുകൊടുക്കുക; അവർക്കുണ്ടാകുന്ന രോഗങ്ങളെ പ്രത്യേകശുഷ്കാന്തിയോടെ ചികിൽസിച്ച് ഭേദമാക്കുക; അവരുടെ ഇടയിൽ രോഗപ്രതിരോധ നടപടികൾ ഊർജിതമാക്കുക; ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം പ്രചരിപ്പിക്കുക എന്നിവയാണ്. ലോകത്തിന്റെ പല ഭാഗങ്ങളിലും (ഇന്ത്യയുൾപ്പെടെ) ഈ വഴിക്കുള്ള ഒററപ്പെട്ട പരീക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്. അവർ ഗണ്യമായ വിജയവും അവകാശപ്പെടുന്നു. ഉദാഹരണമായി ശൈശവത്തിലെ മരണനിരക്ക് 50 മുതൽ 75 ശതമാനംവരെ കുറക്കാൻ കഴിഞ്ഞിട്ടുള്ളതായി കാണുന്നു. ഗണ്യമായ നേട്ടംതന്നെ എന്നാൽ ഒററപ്പെട്ട പരീക്ഷണങ്ങളിൽ നിന്ന് ഈ പരിപാടിയെ സാർവത്രികമാക്കാൻ സാധിക്കുമോ ? രാഷ്ട്രീയ—സാമ്പത്തിക—സാമൂഹ്യതലങ്ങളിൽ നിന്നാണ് ഉത്തരം ഉണ്ടാകേണ്ടത്.

അതിന്നുമുമ്പ് ആരോഗ്യമേഖലാ പ്രവർത്തകരും കൃഷിവകുപ്പുകാരും ഒത്തൊരുമിച്ചാൽ പോഷകമൂല്യമുള്ള വിലകുറഞ്ഞ സസ്യവർഗങ്ങളെപ്പററി പ്രചരണം നടത്താനും അവ കൂടുതൽ ഉൽപ്പാദിപ്പിക്കാനും സാധിക്കും. അവയുടെ കൃഷി, പാചകം ക്ഷേമം മുതലായവയെപ്പററി പ്രചരിപ്പിക്കാൻവേണ്ടി പോഷണവാരങ്ങൾ കൂടെക്കൂടെ സംഘടിപ്പിക്കാം. ഇവയെ പ്രദർശിപ്പിച്ചുകൊണ്ടുള്ള ഘോഷയാത്രകൾ, ലഘുലേഖകൾ എന്നിവയും വേണം. ഈ പ്രവർത്തനങ്ങൾ കേന്ദ്രീകരിക്കേണ്ടത് കൂടുതലായി ചേരിപ്രദേശങ്ങളിലും ഹരിജന ഗിരിജനകോളനികളിലും മററുമായിരിക്കണം. പോഷകാഹാരം

എന്നാൽ സായ്പ് കഴിക്കുന്ന ഭക്ഷണം എന്നൊരു ധാരണയുണ്ട് പൊതുവെ. ഇത് തെററാണെന്നും നമ്മുടെ നാട്ടിൽ കിട്ടുന്ന നമ്മുടെ പ്രകൃതി തരുന്ന ഭക്ഷണപദാർത്ഥങ്ങൾ പോഷകങ്ങളാണെന്നും അവ വേണ്ടത്ര വേണ്ടതുപോലെ കഴിച്ചാൽ മതി എന്നും പ്രചരിപ്പിക്കണം.

ശുദ്ധജലവിതരണം

ജീവൻ നിലനിർത്തുന്നതിന്നു വായു കഴിഞ്ഞാൽ പിന്നെ ഏററവും അത്യാവശ്യമായതാണ് ജലം. എന്നാൽ ഇന്നു ലോകത്തിൽ ഒട്ടാകെയായി 100 കോടിയിൽപരം ജനങ്ങൾക്ക് ശുദ്ധജലം ലഭിക്കുന്നില്ല എന്നാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടനയുടെ കണക്ക്. ഇവരിൽ മുക്കാലേ മുണ്ടാണിയും വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലെ ഗ്രാമനിവാസികളാണെന്നു പറയേണ്ടതില്ലല്ലോ. ഈ പ്രശ്നത്തിൻെറ ഗൌരവം കണക്കിലെടുത്താണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടന 1980–90 കാലഘട്ടത്തെ അന്താരാഷ്ട്ര ശുദ്ധജല വിതരണ ദശകമായി ആഘോഷിക്കാൻ തീരുമാനിച്ചത്. ആ ദശകം നടന്നുകൊണ്ടിരിക്കുകയാണിപ്പോൾ. 1990–മാണ്ടോടെ എല്ലാവർക്കും ശുദ്ധജലം ലഭ്യമാക്കുക എന്നതാണു ലക്ഷ്യം. എന്നാൽ ദശകത്തിൻെറ പിന്നിട്ട കാലഘട്ടത്തെ നേട്ടങ്ങളെ വിലയിരുത്തുമ്പോൾ ഒട്ടുംതന്നെ ശുഭാപ്തി വിശ്വാസത്തിന്നു വക കാണുന്നില്ലതാനും.

പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൽ ശുദ്ധജലവിതരണത്തിന് അഗ്രഗണ്യമായ സ്ഥാനമാണുള്ളത്. കുടിക്കാനും പാചകത്തിനും കുളിക്കാനും ശുചീകരണത്തിനും ശുദ്ധജലം കൂടിയേ കഴിയൂ. ജലം ശുദ്ധമല്ലാതാകുമ്പോൾ കോളറ, ടൈഫോയ്ഡ്, മഞ്ഞപ്പിത്തം, ഛർദി അതിസാരരോഗങ്ങൾ, പിള്ളവാതം മുതലായവ പടർന്നു പിടിക്കുന്നു. പോഷകാഹാരക്കുറവുമൂലം, പ്രതിരോധശക്തി കുറഞ്ഞവരിൽ, പ്രത്യേകിച്ച് ശിശുക്കളിൽ, ഈ രോഗങ്ങൾ ഗുരുതരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ സൃഷ്ടിക്കും. കൃഷിക്കും ആവശ്യമാണ് ശുദ്ധജലം. കുടിക്കാൻവേണ്ട അത്രതന്നെ ശുദ്ധമാകേണ്ടന്നിരുന്നാലും. കൃഷിക്കുള്ള ജലം മലിനമായാൽ എന്തുണ്ടാവുമെന്ന് ചാലിയാർ നിവാസികളോടാരാഞ്ഞാൽ മതി.

ശുദ്ധജലദൌർലഭ്യത്തിൻെറ രൂക്ഷത കൊല്ലംതോറും കഠിനതരമായി വരികയാണ്. എന്താണിതിന്നു കാരണം? വർധമാനമായ ജലമലിനീകരണവും ഭ്രാന്തുപിടിച്ച പ്രകൃതിചൂഷണവും തന്നെ. ഒഴുകുന്നതിനാൽ നദീജലം ശുദ്ധമാണെന്നു പണ്ടുള്ളവർ വിശ്വസിച്ചിരുന്നു. എന്നാൽ ഇന്നു നദികൾ മാലിന്യങ്ങൾ പരത്തുന്ന വാഹിനികളായിരിക്കുകയാണ്. മലവിസർജനം, വിഴുപ്പലക്കൽ, കന്നുകാലി കഴുകൽ, ശവസംസ്കാരം തുടങ്ങിയവയെല്ലാം നദികളിൽ

നടന്നു വരുന്നു. വ്യവസായമാലിന്യങ്ങളൊഴുക്കുന്നതിനെപ്പററി പറയാനുമില്ല. (ഭാഗ്യവശാൽ കേരളം അത്ര വ്യവസായവൽകൃതമായിക്കഴിഞ്ഞിട്ടില്ല). ഇതൊരുവശത്ത്. മറുവശത്ത്, നദികളുൾപ്പെടെയുള്ള നമ്മുടെ ജലാശയങ്ങൾ വററിവരളുകയാണ്; അതിൻെറ പ്രധാന കാരണം വനനശീകരണം തന്നെ. പെയ്യുന്നമഴവെള്ളത്തെ തടഞ്ഞു നിർത്തി മണ്ണിനടിയിലേക്കിറക്കുകയാണ് വൃക്ഷങ്ങൾ ചെയ്യുന്നത്. വൃക്ഷനശീകരണംമൂലം മഴവെള്ളം മുഴുവനും പുഴകളിലേയ്ക്കൊഴുകുകയും കടലിൽ ചെന്നു ചാടുകയും ചെയ്യുന്നു. മണ്ണിനടിയിലേക്ക് വേണ്ടത്ര ജലം ഇറങ്ങുന്നില്ല. അതിനാൽ കിണറുകളും കുളങ്ങളും പുഴകളും എളുപ്പം വററിപ്പോകുന്നു. ഫലം ജലദൗർലഭ്യവും.

എന്തൊക്കെയായാലും ശുദ്ധജലം ലഭ്യമാക്കാതെ കാര്യക്ഷമമായൊരു പ്രാഥമികാരോഗ്യ പദ്ധതിയെപ്പററി സങ്കൽപിക്കാൻ സാദ്ധ്യമല്ലതന്നെ. ശുദ്ധജല വിതരണ ദശകം പോകട്ടെ, 2000-ാമാണ്ടോടെങ്കിലും കേരളത്തിലെ ജനങ്ങൾക്കെല്ലാം ശുദ്ധജലം ലഭ്യമാക്കാനുള്ള ഒരു പരിപാടിയിടണം. അന്നാണല്ലോ അഖിലലോകത്തിലും ആരോഗ്യം വിളയുന്ന ആ സുദിനം. എന്നാൽ സർക്കാരിൻെറ നിഘണ്ടു അനുസരിച്ചുള്ള ശുദ്ധജലവിതരണമായാൽ പോര. അതനുസരിച്ച് വെള്ളക്കുഴലുകളിടുകയും ടാപ്പുകൾ സ്ഥാപിക്കുകയും ചെയ്താൽ ജലവിതരണമായി. ടാപ്പുകൾ തുറന്നാൽ കിട്ടുന്നത് ജലമല്ല, ശീൽകാരത്തോടുകൂടിയ അൽപം വായുവായിരിക്കും. ഇത്തരത്തെ മിക്കഗ്രാമീണ ജലവിതരണങ്ങളിലെയും സ്ഥിതി ഇതാണ്

നമ്മുടെ ജലസമ്പത്ത് നാം വർധിപ്പിക്കുകയും സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യണം. അതിന് വന-വൃക്ഷനശീകരണങ്ങൾ തടയണം, നദികൾ നിർമലമാക്കി സൂക്ഷിക്കണം, മററു ശുദ്ധജല ഉറവിടങ്ങളെ സംരക്ഷിക്കണം, ഭൂഗർഭജലസ്രോതസ്സുകളെ കണ്ടെത്തണം. വളരെ പ്രയാസമേറിയതാണ് ഈ ജോലികൾ. സർക്കാരിനെ മാത്രം ഏൽപിച്ച് വിശ്വസിച്ചിരുന്നാൽ ഒന്നും നടക്കുമെന്നു തോന്നുന്നില്ല. വിപുലമായ പ്രചരണങ്ങളും വിദ്യാഭ്യാസപരിപാടികളും നടപ്പിലാക്കണം. ജനങ്ങളെ ഉൽബുദ്ധരാക്കി അവർക്കുധൈര്യവും പ്രോൽസാഹനവും നൽകണം. ശുദ്ധജലസ്രോതസ്സുകളെ കണ്ടെത്താനും, അവയെ സുരക്ഷിതമാക്കിവയ്ക്കാനും വിവേകപൂർവം ഉപയോഗിക്കാനും ജനങ്ങളെ പ്രാപ്തരാക്കണം. പൈപ്പ് വെള്ളത്തിനുവേണ്ടി മുറവിളി കൂട്ടിയതു കൊണ്ടുമാത്രം കാര്യമായില്ല. പൈപ്പുവെള്ളം മാത്രമല്ലല്ലോ ശുദ്ധജലം.

ശുചീകരണം

സാനിറ്റേഷൻ എന്ന പദം കൊണ്ടുദ്ദേശിക്കുന്നതാണ് ഇവിടെ ശുചീകരണം കൊണ്ടുവിവക്ഷിക്കുന്നത്. ശുചീകരണവും ശുദ്ധ ജലവിതരണവും ഒരേപ്രശ്നത്തിന്റെ രണ്ടു വശങ്ങൾ മാത്രമാണ്. ഒന്നു മററതിനെ സഹായിക്കുകയോ വഷളാക്കുകയോ ചെയ്യുന്നു. ശുദ്ധജലമില്ലാതെ ശുചീകരണം വിഷമമാണ്; ശുചീകരണം കൂടാതെ ശുദ്ധജലം പ്രയാസവും. ശുദ്ധജലത്തിന്റെ കാര്യത്തിലെപ്പോലെ തന്നെ ഗ്രാമങ്ങളാണ് ഇക്കാര്യത്തിലും അവഗണിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നത്. പ്രശ്നം ഏററവും രൂക്ഷമായിട്ടുള്ളത് ചേരിപ്രദേശങ്ങളിലു കടലോരങ്ങളിലും ഹരിജന–ഗിരിജന കോളനികളിലുമാണ്. സ്ഥിരമായ ഒരു കക്കൂസ് എന്ന ആശയബോധം തന്നെ ഇവിടങ്ങളിലില്ല. സ്വന്തം വീടുമുററത്തും പറമ്പിലും വഴിവക്കുകളിലും ചാലിലും പുഴയിലും എവിടെയുമാവാം. ഫലമോ? സാർവത്രികവും അപകടകരവുമായ പരിസര മലിനീകരണം. സ്വതവേതന്നെ ദുർലഭമായ ശുദ്ധജലം ഈ സാഹചര്യത്തിൽ തികച്ചും അസാദ്ധ്യമായിത്തീരുന്നു. മഴപെയ്താൽ മാലിന്യങ്ങളൊഴുകി കിണറുകൾ വൃത്തികേടായിത്തീരും. ഈച്ചയും കൊതുകും വിട്ടൊഴിയുകയേ ഇല്ല. വൃത്തിയായ ഭക്ഷണം എന്തെങ്കിലും അവശേഷിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഈ ക്ഷുദ്രജീവികൾ അതും മലിനമാക്കിക്കളയും.

പരിസരശുചീകരണത്തെപ്പററിയുള്ള സമഗ്രവും വിപുലവുമായ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം ഈ തുറയിൽ അത്യാവശ്യമാണ്. ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ ആവർത്തിച്ചാവർത്തിച്ച് സന്ദർശിക്കണം ഈ പ്രദേശങ്ങൾ. പറഞ്ഞകാര്യങ്ങൾ അവിടത്തുകാർക്കു മനസ്സിലായോ എന്നു ഒളിഞ്ഞും തെളിഞ്ഞും ഉറപ്പുവരുത്തണം. ലംഘിക്കപ്പെടുന്നതിന്റെ കാരണങ്ങൾ കണ്ടുപിടിച്ച് പരിഹാരം നിർദ്ദേശിക്കണം. ചുരുക്കത്തിൽ തീരാത്തജാഗ്രത ഈ പ്രശ്നത്തിൽ ഉണ്ടായിരിക്കണം. ഈ പ്രദേശങ്ങളിൽ രണ്ടുതരത്തിലുള്ള കക്കൂസുകളുണ്ടാക്കാം; E S. P. യും നാടൻകുഴിയും. E. S. P. വൃത്തിയാക്കിവയ്ക്കുന്നതിന് ധാരാളം വെള്ളം ആവശ്യമാണ്. വെള്ളം അടുത്തു കിട്ടാനില്ലാത്തേടത്ത് E. S. P. കക്കൂസുകൾ പരാജയപ്പെടുകയേ ഉള്ളു. അവിടങ്ങളിൽ അടച്ചിടാവുന്ന നാടൻകുഴികക്കൂസുകളായിരിക്കും ഉത്തമം.

പരിസരശുചീകരണം പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ എന്തു നടപടികൾ കൈക്കൊള്ളണം എന്ന അറിവ് ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർക്കും സർക്കാരിനും ഇല്ലാത്തതല്ല പരാജയത്തിനു കാരണം. അവ കൈക്കൊള്ളാൻ

കഴിവും തയ്യാറുമുള്ള ഏജൻസികളെ സൃഷ്ടിക്കാൻ കഴിയാത്തതാണ്. ഇവിടെയാണ് പരിഷത്തിൻെറ പരിസരാരോഗ്യസേനപോലുള്ളവയുടെ പ്രസക്തി. സർക്കാറിനുപലേ പദ്ധതികളും ഉണ്ട്. ആ പദ്ധതികരം അതിനേക്കൊണ്ട് നടപ്പിലക്കിക്കാനെങ്കിലും നമുക്കുകഴിഞ്ഞാൽ അതുതന്നെ വലിയൊരു കാര്യമാവും.

മാതൃശിശു കേന്ദ്രങ്ങരം

പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൻെറ വിവിധഘടകങ്ങളെപ്പററി പ്രതിപാദിക്കുമ്പോരം അവ ഓരോന്നും ''എനിക്കാണു മുൻഗണന, എനിക്കാണു പ്രഥമസ്ഥാനം'' എന്നു ഭാവിച്ച് കൊണ്ടു മുന്നോട്ടു വരികയാണ്. ഇത് സ്വാഭാവികമാണുതാനും. അവയ്ക്കെല്ലാം വേണം മുൻഗണന, പ്രഥമസ്ഥാനം. ഒന്നു മറെറാന്നിൽ താഴെ എന്നു പറയാൻ വയ്യ. ഉദാഹരണത്തിന്ന്, ശുദ്ധജലവിതരണം മാതൃശിശുസംരക്ഷണത്തേക്കാരം പ്രധാനമാണെന്നോ പോഷകാഹാരത്തിന്നു താഴെയാണെന്നോ പറയാമോ? തീർച്ചയായും വയ്യ. ഒന്നു പരിഹരിച്ച് മറെറാന്നെടുക്കാം. എന്ന സമീപനവും ശരിയല്ല. പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൻെറ എല്ലാവശങ്ങളെയും ഒരേസമയം പരമഗൌരവത്തോടെ കൈകാര്യം ചെയ്യണം, കാരണം അത് ഏററവും അത്യാവശ്യമായ ആരോഗ്യപദ്ധതിയാണ്.

മാതൃശിശുസംരക്ഷണം എന്ന ആശയം എങ്ങനെ ഉണ്ടായി? അൽപ്പം ചില കണക്കുകരം: വികസിതരാജ്യങ്ങളിൽ മാതൃമരണനിരക്ക് (പ്രസവസംബന്ധമായുണ്ടാവുന്ന മരണമാണ് മാതൃമരണം) 1 ലക്ഷം പ്രസവങ്ങളിൽ 5 മുതൽ 30 വരെയാണ്. ഇതുതന്നെ വേഗത്തിൽ കുറഞ്ഞു വരികയുമാണ്. എന്നാൽ വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിൽ പ്രത്യേകിച്ച് ചില ആഫ്രിക്കൻ രാജ്യങ്ങളിൽ ഇത് 500 മുതൽ 1000 വരെ എത്തുന്നുണ്ടെന്നാണ് ലോകാരോഗ്യസംഘടന പറയുന്നത്. ബംഗ്ളാദേശിലെ ഒരു ഗ്രാമത്തിൽ ഏററവും ഇളം പ്രായത്തിലെ അമ്മമാരിൽ മാതൃമരണം ഒരു ലക്ഷം പ്രസവത്തിൽ 1770 വരെ എത്തുന്നുണ്ടത്രെ! അവിടത്തെ 15–19 വയസ്സുള്ള സ്ത്രീകളുടെ മരണകാരണം നോക്കിയപ്പോരം 57 ശതമാനം പ്രസവസംബന്ധിയാണെന്നു കണ്ടു. അഫ്ഗാനിസ്ഥാനിലും സ്ഥിതി വ്യത്യസ്തമല്ല. ഇന്ത്യയെ സംബന്ധിച്ച് വിശ്വസനീയമായ കണക്കുകരം, കിട്ടാനില്ലാത്തതിനാലായിരിക്കണം, പ്രസിദ്ധീകരിച്ചുകണ്ടില്ല. എന്നാൽ ശിശുവിവാഹം ഇന്നു പ്രചുരപ്രചാരത്തിലിരിക്കുന്ന ഇന്ത്യയിലെ പല ഭാഗങ്ങളിലും സ്ഥിതി ഇപ്രകാരമൊക്കെ

യായിരിക്കണം. ഇളം ഗർഭാരിഷ്ടതകൾ, നിയമപരവും അല്ലാത്തതുമായ ഗർഭമലസിക്കൽ, പോഷകാഹാരക്കുറവ് മുതലായവയിൽ നിന്നുണ്ടാകുന്ന മരണവും രോഗവും വേറെ. അത് അമ്മമാരുടെ കഥ. ലക്ഷക്കണക്കിനു കുഞ്ഞുങ്ങൾ അമ്മയില്ലാത്തവരായി, ശുശ്രൂഷ ലഭിക്കാതെ വളർന്നു വരുന്നു. പോഷകക്കുറവുമൂലം കുട്ടികളുടെ ശാരീരികവും മാനസികവുമായ വളർച്ച മുരടിച്ചു പോകുന്നു; രോഗപ്രതിരോധശക്തി ക്ഷയിച്ചതുകൊണ്ട് മരണനിരക്കു ഉയർന്നുപോകുന്നു, പ്രത്യേകിച്ച് 5 വയസ്സിനു താഴെയുള്ളവരിൽ. അതുകൊണ്ട്, ഗർഭിണികളെയും അമ്മമാരെയും കുഞ്ഞുങ്ങളെയും മാത്രം ബാധിക്കുന്ന പ്രത്യേക പ്രാധാന്യമുള്ള വളരെ പ്രശ്നങ്ങൾ വേറിട്ടുതന്നെ കൈകാര്യം ചെയ്താലേ ഉദ്ദിഷ്ടമായ ഫലം സിദ്ധിക്കുകയുള്ളൂ. ഇങ്ങനെയാണ് മാതൃശിശു സംരക്ഷണം എന്ന പ്രത്യേകാശയം ഉടലെടുത്തതും പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിന്റെ ഒരു മൂലക്കല്ലായിത്തീരുകയും ചെയ്തത്.

മാതൃശിശുസംരക്ഷണം (മാ. ശി. സ.) അമ്മമാരുടെയും ശിശുക്കളുടെയും പ്രത്യക്ഷ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നു; കൂടാതെ അവരുടെ വിദൂരഭാവിയിലെ ആരോഗ്യത്തെ സംരക്ഷിക്കാനുള്ള നടപടികൾ കൈക്കൊള്ളുകയും വേണം. മാ ശി. സ. കൊണ്ട് നാം ലക്ഷ്യമാക്കുന്നത് ഇവയാണ്. മാതൃമരണം, പ്രസവമരണം, ശിശുമരണം എന്നിവ കഴിയുന്നേടത്തോളം കുറയ്ക്കുക; ഗർഭകാലത്തും പ്രസവസമയത്തും പാലൂട്ടുന്ന കാലത്തും ശൈശവദശയിലുമുണ്ടാകുന്ന രോഗനിരക്കു കുറക്കുക; ഗർഭരക്ഷകൾകൊണ്ട് പിറക്കാനിരിക്കുന്ന ഭ്രൂണത്തിന്റെ സർവതോമുഖമായ വളർച്ചയെയും വികാസത്തെയും സഹായിക്കുക? കുഞ്ഞിന്റെ ശാരീരംകമാനസിക വളർച്ചയ്ക്കുതകുന്ന അന്തരീക്ഷം കുടുംബത്തിൽ സൃഷ്ടിക്കാനും നിലനിർത്താനുംവേണ്ട സഹായോപദേശങ്ങൾ കൊടുക്കുക; കുടുംബാസൂത്രണപരമായ ഉപദേശവും വിദ്യാഭ്യാസവും നൽകുക; അനതിവിദൂരഭാവിയിലെ അമ്മമാർ എന്ന നിലയ്ക്ക് കുമാരികളുടെ ആരോഗ്യം പുഷ്ടിപ്പെടുത്തുക. മാ ശി. സ. യിലെ ഏററവും വലിയ പ്രശ്നങ്ങളാണ് പോഷകാഹാരക്കുറവും പകർച്ചവ്യാധികളും അനാസൂത്രിത ഗർഭധാരണവും ഇവയുടെ പ്രതിപ്രവർത്തനങ്ങളിൽ നിന്നുണ്ടാവുന്ന സങ്കീർണതകളും. കേരളത്തെ സംബന്ധിച്ചേടത്തോളം വിപുലമായ രോഗപ്രതിരോധ നടപടികളാലും കുടുംബാസൂത്രണപ്രവർത്തനങ്ങളാലും ഒടുവിൽ പറഞ്ഞ രണ്ടു തുറകളിലും ഗണ്യമായ നേട്ടമുണ്ടായിട്ടുണ്ട്, പ്രത്യേകിച്ച് അഖിലേന്ത്യാ നിലവാരവുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ. എന്നിരുന്നാലും ഇവയെ

ന്നും എത്തിനോക്കിയിട്ടില്ലാത്ത പതിനായിരക്കണക്കിനു ശിശുക്കളും മാതാക്കളും കേരളത്തിലുണ്ടെന്നു വിസ്മരിക്കുന്നില്ല. പ്രത്യേകിച്ച് ഹരിജനങ്ങൾ, ഗിരിജനങ്ങൾ, കർഷകത്തൊഴിലാളികൾ, മററു ദുർബലവിഭാഗങ്ങൾ എന്നിവരുടെ ഇടയിൽ. പോഷകാഹാരത്തിന്റെ കാര്യത്തിലാണെങ്കിൽ കേരളം ഏററവും പിന്നിൽ തന്നെ.

അതിനിഷ്കർഷയോടുകൂടിയ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം ആവശ്യമായ ഒരു മേഖലയാണ് മാ. ശി. സ. അമ്മമാരെയും കുഞ്ഞുങ്ങളെയും ബാധിക്കുന്ന പ്രത്യേക ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളെന്തൊക്കെ, അവ യഥാകാലം പരിഹരിച്ചില്ലെങ്കിൽ ഉണ്ടാവുന്ന ഭവിഷ്യത്തുകൾ, അവ പരിഹരിക്കുന്ന മാർഗ്ഗങ്ങൾ ; ഗർഭാരംഭം മുതൽക്കു തന്നെ ഗർഭിണികളെ പരിശോധിക്കുന്നതിന്റെ ആവശ്യം, ഗർഭരക്ഷാനടപടികൾ, കൂടക്കൂടെ ഗർഭമുണ്ടാവാലത്തെ ദോഷങ്ങൾ, വളരെ ഇളംപ്രായത്തിൽ ഗർഭം ധരിക്കുന്നതുകൊണ്ടുള്ള അപകടങ്ങൾ, ഗർഭകാലദുശ്ശീലങ്ങൾ കൊണ്ട് ഭ്രൂണത്തിന്നുണ്ടാവുന്ന വൈകല്യങ്ങൾ? പോഷകാഹാരക്കുറവുമൂലം ഗർഭിണിമാർക്കും പാലൂട്ടുന്ന അമ്മമാർക്കും ശിശുക്കൾക്കുമുണ്ടാകുന്ന തകരാറുകൾ, അവ തടയുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗങ്ങൾ, രോഗപ്രതിരോധനടപടികൾ യഥാകാലം ചെയ്യേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യവും ഉദ്ദേശവും മെച്ചവും—എന്നിങ്ങനെ അനവധിയനവധി കാര്യങ്ങൾ മാ. ശി. സ. കേന്ദ്രങ്ങളിൽവച്ച് സ്ത്രീകളെ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കണം—ആവർത്തിച്ചാവർത്തിച്ചു തന്നെ. ഇവിടെ വച്ചുതന്നെ സചിത്രലഘുലേഖകൾ വിതരണം, സ്ലൈഡുകളും ലഘുസിനിമകളും പ്രദർശിപ്പിച്ചുകൊണ്ടുള്ള ലഘുപ്രഭാഷണങ്ങൾ എന്നിവ സംഘടിപ്പിക്കാം. പോഷകമൂല്യമുള്ള, എന്നാൽ വിലകുറഞ്ഞ ഭക്ഷണപദാർത്ഥങ്ങളുടെ സാമ്പിളുകൾ പ്രദർശിപ്പിക്കണം. ഗർഭിണികൾക്കും അമ്മമാർക്കും സ്വന്തം അനുഭവങ്ങൾ ഈ അവസരങ്ങളിൽ പങ്കിടാം. മാസത്തിൽ ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ നടത്തുന്ന ഇത്തരം 'മേള'കളെ പങ്കാളികൾ ആസ്വദിക്കുന്ന രീതിയിൽ രസകരമാക്കിത്തീർക്കാവുന്നതാണ്. എന്നാലേ അവർ തുടർന്നു താൽപ്പര്യം കാണിക്കുകയും പങ്കെടുത്തുകൊണ്ടിരിക്കുകയും ചെയ്കയുള്ളു.

രോഗപ്രതിരോധ നടപടികൾ

ഏററവും ഉത്തമവും കാര്യക്ഷമവുമായ രോഗപ്രതിരോധനടപടി പോഷകമൂല്യമുള്ള ആഹാരം വിശപ്പടക്കാൻവേണ്ട അളവിൽ ജനങ്ങൾക്കു ലഭ്യമാക്കുകയാണ് കേരളത്തിൽ നിലവിലുള്ള റേഷൻ സമ്പ്രദായവും മാവേലിക്കടകളും മററും ഇതിനെ ഒരളവോളം സഹാ

യിക്കുന്നുണ്ട് തീർച്ച. എന്നാൽ ചെയ്യേണ്ടതും ചെയ്യാവുന്നതുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ ഇത് വളരെ നിസ്സാരമാണെന്നു കാണാം.

വാസ്തവത്തിൽ ആരോഗ്യമേഖലയിൽ ചെയ്യപ്പെടുന്ന (ചെയ്യപ്പെടേണ്ട) കാര്യങ്ങളിൽ ബഹുഭൂരിപക്ഷവും രോഗപ്രതിരോധനടപടികളാണ്, അവയെ സഹായിക്കുന്നവയാണ്; കൂടാതെ മററു വകുപ്പുകളും പരോക്ഷമായി അവയെ സഹായിക്കുന്നുണ്ട്. കൊള്ളാവുന്ന പാർപ്പിടം, ശുദ്ധജലവിതരണം, ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം, പൊതുവിദ്യാഭ്യാസം, പരിസരശുചീകരണം മുതലായവയൊക്കെത്തന്നെ. ശക്തിയേറിയ രോഗപ്രതിരോധനടപടികളാണ്. ഇവയൊക്കെ ചില പ്രത്യേക രോഗങ്ങൾക്കെതിരായല്ല ചെയ്യപ്പെടുന്നത് എന്ന വ്യത്യാസമേയുള്ളു. ഏതു രോഗത്തെയും പ്രതിരോധിക്കാനുള്ള കഴിവ് നേടിക്കൊടുക്കുന്ന അരോഗമായൊരു ശരീരം അവ പ്രദാനം ചെയ്യുന്നു. അതാണാദ്യം വേണ്ടതും.

രോഗപ്രതിരോധനടപടികൾ ഗർഭകാലത്തുതന്നെ തുടങ്ങണം. ഗർഭിണികൾക്കു കൊടുക്കുന്ന ഇരുമ്പുസത്ത്, തുടങ്ങിയ ഗുളികകൾ, കുത്തിവെപ്പുകൾ, പോഷകാഹാരം ഇവയൊക്കെ ഭ്രൂണത്തിൻെറ ആരോഗ്യത്തിനും രോഗപ്രതിരോധ ശക്തിവർധനക്കും കൂടിയാണ്. ഗർഭകാലത്ത് മദ്യപാനം, പുകവലി, ലഹരിപദാർത്ഥങ്ങളുടെ ഉപയോഗം എന്നിവ തടയുന്നതും ഇതിനു സഹായകമാണ്. ജനനത്തിനുശേഷം ശിശുക്കൾക്കുകൊടുക്കുന്ന പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകൾ പകർച്ചവ്യാധികളെ തടയുന്നതിനു വേണ്ടിയാണ്. ഇവയുടെ പ്രാധാന്യത്തെ മനസ്സിലാക്കാനും അവ മുടക്കം കൂടാതെ എടുക്കുന്നതിനും മാതാപിതാക്കൾക്കു പൊതുവിദ്യാഭ്യാസമുണ്ടെങ്കിൽ വളരെ എളുപ്പമായിരിക്കും. ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം കൊണ്ടും ഇക്കാര്യം കുറച്ചൊക്കെ സാധിക്കാവുന്നതാണ്. എന്നാൽ അഭ്യസ്തവിദ്യമായ കേരളത്തിൽതന്നെ ഇന്നും പതിനായിരക്കണക്കിനു ജനങ്ങൾ—ഗർഭിണികളും കുട്ടികളും—രോഗപ്രതിരോധനടപടികൾക്കൊന്നും വിധേയരാവാതെ കഴിയുന്നുണ്ട്, പ്രത്യേകിച്ച് ചേരിപ്രദേശങ്ങളിൽ, ഹരിജനങ്ങളുടേയും ഗിരിജനങ്ങളുടേയും കോളനികളിൽ, കടലോരപ്രദേശങ്ങളിൽ മീൻപിടുത്തക്കാരുടെ ഇടയിൽ. രോഗപ്രതിരോധ നടപടികൾക്ക് ഇവരുടെ ഇടയിലാണു താനും കൂടുതൽ പ്രസക്തി കാരണം അവിടങ്ങളിലാണു പകർച്ചവ്യാധികൾ കൂടക്കൂടെ ഉണ്ടാവുന്നത്, ഇവരിലാണ് പോഷകാഹാരക്കുറവുമൂലം രോഗപ്രതിരോധശക്തി കുറഞ്ഞിരിക്കുന്നത്, ശിശു

മരണം കൂടുതലായിരിക്കുന്നത്. രോഗപ്രതിരോധ നടപടികളിലേക്കു ഈ വിഭാഗം ജനങ്ങളെ മുഴുവനും എങ്ങനെ കൊണ്ടുവരാം എന്നതായിരിക്കണം നമ്മുടെ സത്വരവിചാരവും ശ്രദ്ധവും. ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ അവരുടെ ഇടയിലേക്ക് ഇറങ്ങിച്ചെല്ലുകയും പ്രചരണം നടത്തുകയും മാത്രമേ പരിഹാരമുള്ളു. തദ്വാരാ അവരുടെ ഇടയിൽ നിന്നുതന്നെ പ്രവർത്തകരെ കണ്ടുപിടിക്കുകയും.

പകർച്ചവ്യാധികൾ

നമ്മുടെ നാട്ടിൽ ശിശുമരണങ്ങളുടെ ഒരു പ്രധാന കാരണം ഇന്നും പകർച്ചവ്യാധികളാണ്–വികസിതരാജ്യങ്ങളിൽ ഇവ ഒരുതരം സ്വർഗത്തിലെ കട്ടുറുമ്പുകൾ മാത്രമായിട്ട് ദശാബ്ദങ്ങൾ കഴിഞ്ഞെങ്കിലും, പലതരം ഛർദി, അതിസാരങ്ങൾ, കോളറ, മഞ്ഞപ്പിത്തം, ടൈഫോയ്ഡ്, വില്ലൻചുമ, പിള്ളവാതം, അഞ്ചാംപനി, ക്ഷയം മുതലായവയാണ്. ഈ രോഗങ്ങൾ. കൂടാതെ അമീബ തുടങ്ങിയ ഏകകോശ ജീവികളുണ്ടാക്കുന്ന അർശസ്സും നാനാകൃമിരോഗങ്ങളും ശൈശവാരോഗ്യത്തെ കാർന്നുതിന്നുന്നു. സ്വതവെ തന്നെ മോശമായ പോഷകാഹാരസ്ഥിതിയെ ഈ രോഗങ്ങളുടെ സാന്നിദ്ധ്യം കൂടുതൽ രൂക്ഷമാക്കുകയും, മരണത്തിൽ കലാശിച്ചില്ലെങ്കിൽ, കുട്ടികളെ നിത്യരോഗങ്ങൾക്കു നടമാടാനുള്ള പേക്കോലങ്ങളാക്കി മാററുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇതേ രോഗങ്ങൾതന്നെ പോഷകാഹാരം കഴിക്കുന്നവരിൽ ലഘുവായൊരു വ്യാധിമാത്രം ജനിപ്പിച്ച് കടന്നുപോകുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന്, അഞ്ചാംപനിയിൽ നിന്നുള്ള മരണനിരക്ക് ഗ്വാട്ടിമാലയിൽ അമേരിക്കയിലേതിനേക്കാൾ 260 ഇരട്ടിയാണത്രേ!

ഇത്തരം രോഗങ്ങളോട് പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിനുള്ള സമീപനം രണ്ടുതരത്തിലുള്ളതാവണം. ഒന്ന്–തടയൽ. പ്രതിരോധ നടപടികൾ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം, ശുദ്ധജലവിതരണം, പരിസരശുചീകരണം എന്നിവയിലൂടെ, രണ്ട്–ചികിൽസ. രോഗാരംഭത്തിൽ തന്നെ ഉചിതമായ ചികിൽസ ലഭിച്ചാൽ നല്ലൊരു ശതമാനത്തെയും രക്ഷിക്കാൻ കഴിയും. എന്നാൽ പാവപ്പെട്ടവരുടെ കുട്ടികളിൽ നല്ലൊരു പങ്കും വൈദ്യസഹായംതേടി ആശുപത്രിയിലെത്തുന്നത് പലപ്പോഴും വളരെ വൈകിയിട്ടാണ്–ഊത്ത്, ജപിച്ചുകെട്ടൽ, തൊണ്ടയമർത്തൽ തുടങ്ങിയ വിദ്യകളും നാട്ടുമരുന്നുകളും ഫലിക്കാതെ വരുമ്പോൾമാത്രം. ഇതിനുള്ളൊരു പരിഹാരം ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം മാത്രമാണ്,

ഛർദ്ദി—അതിസാരരോഗങ്ങളുടെ ചികിൽസയിൽ സമീപകാലത്തുണ്ടായൊരു വിപ്ലവാത്മകമായ സംഭവമാണ് "ഓറൽ റീഹൈഡ്രേഷൻ" ദ്രാവകചികിൽസ (ORT.) കുട്ടികൾക്കുണ്ടാകുന്ന അതിസാരരോഗങ്ങളുടെ സിംഹഭാഗവും ആന്റിബയോട്ടിക്ക് തുടങ്ങിയ ഔഷധങ്ങൾക്കു വഴങ്ങാത്തതാണ്. എന്നാൽ കഴിഞ്ഞകാലത്ത് ഇത്തരം മരുന്നുകൾ കൊണ്ടായിരുന്നു അതിസാരങ്ങളെ ചികിൽസിച്ചിരുന്നത്; കൂടാതെ സിരകളിൽകൂടി ഗ്ളൂക്കോസ്–സലൈൻ തുടങ്ങിയ ദ്രാവകങ്ങളും വ്യാപകമായി കുത്തിവെക്കാറുണ്ടായിരുന്നു. ഇന്നും പലരും അങ്ങനെയൊക്കെയാണ് ചികിൽസിക്കുന്നത്. എന്നാൽ ഇത് വളരെ ചിലവു വരുന്നതും വിഷമമുള്ളതുമായ ചികിൽസാരീതിയാണ്; ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളാവട്ടെ ഉപയോഗശൂന്യവും. ORT യുടെ ആഗമനം ഈ ചികിൽസാരീതിയെ പഴഞ്ചനാക്കിയിരിക്കുന്നു. വളരെ ലളിതമാണ് ORT. കറിയുപ്പ്, സോഡിയം ബൈകാർബണേറ്റ്, പൊട്ടാസ്യം ക്ലോറൈഡ്, ഗ്ലൂക്കോസ് എന്നിവ ഒരു നിശ്ചിതാനുപാതത്തിൽ വെള്ളത്തിൽ കലക്കി കുടിക്കാൻ കൊടുക്കുക. അതുമാത്രമാണ് ചികിൽസ. അതിസാരം മാറുന്നതുവരെ അതു ധാരാളം കൊടുത്തുകൊണ്ടിരിക്കുക. മററ് ഒരു മരുന്നും ആവശ്യമില്ല. ഡോക്ടറുടെയും ആശുപത്രിയുടെയും ആവശ്യവുമില്ല. വീട്ടിൽവച്ച് ആർക്കും ഈ ദ്രാവകം തയ്യാറാക്കി കൊടുക്കാം. വിലയാണെങ്കിലോ വളരെ തുച്ഛവും. ഏതു സാധാരണക്കാരനും ചെയ്യാവുന്നൊരു ചികിൽസ. അതാണ് ഇതിന്റെ മെച്ചം. ഈ ചികിൽസാപദ്ധതി വ്യാപകമായി പ്രചരിപ്പിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു—പ്രത്യേകിച്ച് ദരിദ്രജനവിഭാഗങ്ങൾ കൂടുതൽ താമസിക്കുന്ന പ്രദേശങ്ങളിൽ. ഇതിനു മുൻകൈ എടുക്കേണ്ടത് പ്രാഥമിക ആരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളും ഗ്രാമീണ ഡിസ്പെൻസറികളും ആണ്. അവർ ORT ക്കുള്ള ഈ പൊടി ആവശ്യാനുസൃതം തയ്യാറാക്കിവച്ചിരിക്കണം. അതിസാരരോഗമുള്ള വീടുകളിൽ അതെത്തിക്കണം. അതു പ്രയോഗിക്കേണ്ടവിധം പറഞ്ഞുകൊടുക്കണം. ചികിൽസക്കായി വരുന്നവർക്ക് അത് വിതരണം ചെയ്യണം.

ORT പോലെതന്നെ ഫലപ്രദമാണ് വെറും കഞ്ഞിവെള്ളത്തിൽ ഉപ്പുചേർത്ത് അതിസാരരോഗികൾക്കു വേണ്ടുവോളം കുടിക്കാൻ കൊടുക്കുന്നത്. കഞ്ഞിവെള്ളം ഏതു വീട്ടിലും ലഭ്യമായിരിക്കുമല്ലോ. വേണമെങ്കിൽ അതിൽ ഗ്ലൂക്കോസ് പൊടിയും ചേർക്കാം. ഏതായാലും പഴയപോലുള്ള ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾക്ക് അതിസാരചികിൽസയിൽ കാര്യമായ പങ്കൊന്നും വഹിക്കാനില്ലെന്നു തീർച്ച.

രോഗചികിൽസ

രോഗം വന്നാൽ ചികിൽസിക്കണം. ഇതെല്ലാവർക്കും അറിയാം. എന്നിട്ടും ആരെങ്കിലും അത് ചെയ്യാതിരിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ അത് സാമ്പത്തികമോ, മറ്റോ ആയ കഴിവുകേടുകൊണ്ടായിരിക്കും.

രോഗചികിൽസക്കു രണ്ടാണു ലക്ഷ്യങ്ങൾ: ഒന്ന്, രോഗനിർമാർജനം. രണ്ട്, അത് സാധ്യമല്ലെങ്കിൽ ശാരീരിക മാനസികപീഡകളുടെ ലഘുകരണം. പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിൽ രോഗചികിൽസയ്ക്കുള്ള എന്തെല്ലാം സൗകര്യങ്ങൾ വേണം? ഏതൊക്കെ ഡോക്ടർമാരുണ്ടായിരിക്കണം അവിടെ ? പ്രാഥമികാരോഗ്യരംഗത്ത് പ്രത്യേക വൈദഗ്ദ്ധ്യം നേടിയ ഒരു ജനറൽ പ്രാക്ടീഷ്ണർ ഒരു ശിശുരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ ; ഒരു പ്രസൂതി വിദഗ്ദ്ധ അഥവാ പരിചയസമ്പന്നയായ ഒരു ലേഡി ഡോക്ടർ. ഒരു ദന്തവൈദ്യൻ. വലിയ സങ്കീർണമല്ലാത്ത എല്ലാ രോഗങ്ങളെയും ചികിൽസിക്കാനുള്ള സൗകര്യമുണ്ടായിരിക്കണം പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിൽ. പ്രത്യേകിച്ച് പകർച്ചവ്യാധികൾ, പോഷകരോഗങ്ങൾ, കുട്ടികളുടെയും ഗർഭിണികളുടെയും രോഗങ്ങൾ എന്നിവക്കു മുൻഗണനയുണ്ടായിരിക്കണം. സാമാന്യമായ അത്യാഹിതചികിൽസയ്ക്കുമുണ്ടായിരിക്കണം അവിടെ സൗകര്യം. പേപ്പട്ടി, പാമ്പ് എന്നിവ കടിച്ചാൽ ചികിൽസിക്കാൻ കഴിയണം. ക്ഷയം, കുഷ്ഠം എന്നിവയുടെ രോഗനിർണയത്തിനും ചികിൽസക്കും സാധിക്കണം. ചുരുക്കത്തിൽ, രോഗനിർണയത്തിനും ചികിൽസക്കും പ്രത്യേകസംവിധാനങ്ങൾ വേണ്ടി വരുന്ന സങ്കീർണമായ രോഗമുള്ളവരെ മാത്രമേ പുറമേയ്ക്കു റഫർ ചെയ്യാവൂ. ഇങ്ങനെ റഫർ ചെയ്യുന്നതിന് മൂന്നുതലത്തിലുള്ള ആശുപത്രികളുണ്ടായിരിക്കും. താലൂക്കാശുപത്രികൾ, ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ, മെഡിക്കൽകോളേജാശുപത്രികൾ. രോഗത്തിൻെറ ഗൗരവമനുസരിച്ച് ഇവയിൽ ഏതിലേയ്ക്കെങ്കിലും റഫർ ചെയ്യാം.

രോഗചികിൽസയെക്കുറിച്ചും വേണം ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം. എത്ര നിസ്സാരരോഗത്തിനും ഡോക്ടറുടെ അടുത്തേയ്ക്കോടുന്ന ഒരു പ്രവണത ഇപ്പോൾ കാണുന്നുണ്ട്. ഒന്നുതുമ്മിയാൽ, ഒന്നു ചുമച്ചാൽ, ഒന്നു പനിച്ചാൽ ഉടനെ ഓടുകയായി ഡോക്ടറുടെ സമീപത്തേക്ക്—കഴിയുമെങ്കിൽ ഒരു എം. ഡി. യുടെ അടുത്തേക്കു തന്നെ. (എം.ബി.ബി. എസിന്നിപ്പോൾ വിലയില്ലാതായിരിക്കുന്നു.) അവിടെ ചെന്നാലാരംഭിക്കുകയായി മരുന്നുകൾകൊണ്ടൊരാറാട്ട്. ഒഴിവാക്കാവുന്ന, ഒഴിവാക്കേണ്ടുന്ന ഒരുപാട് ദൂഷ്യങ്ങൾ ഈ പ്രവണതമൂലം ഉണ്ടാകുന്നുണ്ട്: അനാവശ്യമായി പണം ചിലവാകുന്നു,

അനാവശ്യമായി മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നു, ആശുപത്രികളിൽ തിരക്കു വർധിക്കുന്നു; രോഗത്തിന്നാകട്ടെ ചികിൽസകൊണ്ട് മിക്കപ്പോഴും ഒരു വ്യത്യാസവും ഉണ്ടാകുന്നുമില്ല. കാരണം, ചികിൽസതന്നെ ആവശ്യമില്ലാത്തവയാണ് വളരെ രോഗങ്ങൾ. ഇവിടെയാണ് സ്വാശ്രയത്വവും സ്വചികിൽസയും ആവശ്യമായിട്ടുള്ളത്. തലമുറകളിൽ നിന്നു ലഭിക്കുന്ന അറിവും നമ്മുടെ ചുററുപാടും വളർന്നു നിൽക്കുന്ന ഔഷധച്ചെടികളുടെ ഉപയോഗവും മററുപൊടിക്കൈകളും ഉപയോഗിച്ച് ഒരതിർത്തിവരെ ശ്രമിച്ചു നോക്കാവുന്നതാണ്. സ്വചികിൽസ. എത്രത്തോളമാവാം, ഏതിനൊക്കെയാവാം എന്ന അറിവ് ഉണ്ടാക്കാനായിട്ടാണ് ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം. അമിതമായ ഔഷധഭ്രമത്തെ നിരുൽസാഹപ്പെടുത്തുക തന്നെ വേണം.

സ്വചികിൽസയെപ്പററി പറയുമ്പോൾ പരാമർശിക്കേണ്ട മറെറാന്നുകൂടിയുണ്ട്. ഗൃഹപ്രസവം–സ്വന്തം വീട്ടിൽ വച്ച് പ്രസവിക്കൽ. പണ്ടൊക്കെ പ്രസവം മിക്കവാറും മുഴുവനും സ്വന്തം വീടുകളിൽ വച്ചായിരുന്നു നടന്നിരുന്നത്. അന്ന്, പക്ഷെ, ഗർഭിണിമാർക്കുള്ള ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസവും ഗർഭരക്ഷാപ്രവർത്തനങ്ങളും കാര്യമായിട്ടുണ്ടായിരുന്നില്ല. അതിനാൽ ആപത്തുകൾ ധാരാളമായിട്ടുണ്ടായിരുന്നു. എന്നാൽ ഇന്ന് ഇത്തരം പ്രവർത്തനങ്ങൾ പുരോഗതി പ്രാപിച്ചിട്ടുള്ളതിനാൽ പണ്ടത്തെപ്പോലെ ഗൃഹപ്രസവത്തിനു പ്രോൽസാഹനം കൊടുക്കാവുന്നതാണ്–പ്രത്യേകിച്ച് സൗകര്യങ്ങളോടുകൂടിയ വീടുള്ളവരുടെ കാര്യത്തിൽ. ആപത് ശങ്കയുള്ളവരെ മാത്രം മതി ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുക. ഇവരെ ഗർഭപരിശോധനാവേളകളിൽ കണ്ടുപിടിക്കുകയുമാവാം. ഇതുകൊണ്ടു മെച്ചങ്ങൾ പലതുമുണ്ട്. ആശുപത്രികളിലെ ഓവർലോഡ് കുറയും. പ്രസവം സംബന്ധമായ ചിലവുകളും കുടുബാംഗങ്ങൾക്കുണ്ടാകുന്ന അസൗകര്യങ്ങളും കുറക്കാം. മാത്രമല്ല, സ്വന്തം വീട്ടിൽ ബന്ധുമിത്രാദികളുടെ സാന്നിദ്ധ്യത്തിലും സാന്ത്വനങ്ങളിലും സംരക്ഷണത്തിലും വച്ച് പ്രസവം നടക്കുമ്പോൾ ഗർഭിണിക്കു മാനസികമായ ശാന്തത കൈവരുന്നു. ഇത് പ്രസവം സുഖകരമാക്കുന്നതായി തെളിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. നമ്മുടെ നാട്ടിൻ പുറങ്ങളിൽ ഇന്നും ധാരാളം പ്രസവങ്ങൾ വീടുകളിലാണു നടക്കുന്നത്. എന്നാൽ സാധാരണയായി ഡോക്ടർമാരും മററ് ആരോഗ്യപ്രവർത്തകരും ഈ പ്രവണതയെ അനുകൂലിക്കാറില്ല. പക്ഷെ വളരെ പ്രോൽസാഹിപ്പിക്കേണ്ട ഒന്നാണ് ഗൃഹപ്രസവം. ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ കൂടുതൽ ഉത്തരവാദിത്വം ഏറെറടുക്കാനും മേൽനോട്ടം വഹിക്കാനും തയ്യാറായിരിക്കണം എന്നും മാത്രം. ഇവിടെ ഒന്നുരണ്ടുകാര്യങ്ങൾ കൂടി സൂചിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്. പ്രസവത്തോടനുബന്ധിച്ചുണ്ടാകുന്ന പല

സങ്കീർണതകളും രോഗങ്ങളും മരണങ്ങളും കുറക്കാൻ ആശുപത്രി പ്രസവങ്ങരം സഹായിച്ചിട്ടില്ലേ എന്നു സംശയിക്കാം. തൊണ്ണൂററെട്ടുശതമാനം പ്രസവങ്ങളും 'നോർമൽ'—സങ്കീർണതകരം ഇല്ലാത്തത് ആയിരിക്കും. ഗർഭകാലത്ത് ഡോക്ടറുടെ സേവനം നേടുന്നത് ആവശ്യമാണ്, മാതൃശിശു സംരക്ഷണത്തെപ്പററി പറഞ്ഞ കൂട്ടത്തിൽ അതും പറഞ്ഞല്ലോ. എന്തെങ്കിലും അസാധാരണത്വം ഗർഭത്തിൽ കണ്ടാൽ പ്രസവം ആശുപത്രിയിലാക്കാം. ഇന്ന് നമ്മുടെ നാട്ടിലെ ആശുപത്രികരം വൃത്തികേടിൻെറ കൂമ്പാരമാണ്, എല്ലാത്തരം രോഗാണുക്കളുടെയും വിളനിലമാണ്. (എല്ലാത്തരം രോഗികളും അവിടെ വരുന്നു. ആവശ്യമായ എക്സ്ട്രാ ശുചിത്വം പോയി സാധാരണ വീടുകളിൽ കാണുന്ന ശുചിത്വം പോലുമില്ല അവിടെ.) അതിനാൽ പ്രസവവേളയിൽ അമ്മക്കും കുഞ്ഞിനും രോഗാണുബാധ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കൂടിയിരിക്കുന്നു. ഇന്ന് കേരളത്തിൽ പ്രസവസംബന്ധമായി അമ്മമാർക്കുണ്ടാകുന്ന അസുഖങ്ങരംക്കും ശിശുമരണങ്ങരംക്കും നല്ലൊരു ശതമാനത്തിന് ഉത്തരവാദി 'ആശുപത്രിരോഗങ്ങരം' ആണെന്നു കണക്കുകരം കാണിക്കുന്നു. ആശുപത്രികളിലെ അവസ്ഥ മെച്ചപ്പെടുത്താനായി നാട്ടുകാർ ചെയ്യുന്ന ഏതൊരു പ്രവർത്തനവും ആരോഗ്യസേവനത്തിൽ പ്രധാനമായിരിക്കും. എന്നാൽ ഇന്നത്തെ നിലയിൽ കേരളത്തിലെ അറുപത്—എഴുപത് ശതമാനം വീടുകളിലും ആശുപത്രികളിലേതിനേക്കാരം ശുചിയായ ചുററുപാട് ഉണ്ടായിരിക്കും. ആ ചുററുപാടിലും സ്വന്തം ബന്ധുമിത്രാദികളുടെ സാമീപ്യത്തിലും നടക്കുന്ന സാധാരണപ്രസവങ്ങരം എത്രയോ കൂടുതൽ സുരക്ഷിതമായിരിക്കും. ഇതേവരെ നാം പഠിക്കുകയും നമ്മെ പഠിപ്പിക്കുകയും ചെയ്ത ധാരണകരംക്ക് വിരുദ്ധമാണിതെന്നു തോന്നാമെങ്കിലും. എന്നാൽ ഇതിൽ മാത്രമല്ല മററുചിലകാര്യങ്ങളിലും, പ്രത്യേകിച്ച് ഔഷധങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിൻെറ കാര്യത്തിൽ, നമ്മുടെ ധാരണകരം തെററാണെന്നും. നമ്മെ തെററിദ്ധരിപ്പിക്കുന്നതിൽ വ്യവസ്ഥാപിത താല്പര്യമുള്ള ചിലരുണ്ടെന്നും കാണാം.

ഔഷധങ്ങരം

ഭീമമായ തുകയാണ് സർക്കാർ ഔഷധങ്ങരംക്കുവേണ്ടി പ്രതിവർഷം ചിലവാക്കുന്നത്. അതിലും ഭീമമായിരിക്കും പൊതു ജനങ്ങരം നേരിട്ട് ഔഷധങ്ങരംക്കുവേണ്ടി ചെലവാക്കുന്ന തുക. ഔഷധവ്യവസായം ഏററവുമധികം ലാഭശതമാനം ഉണ്ടാക്കുന്ന ഒന്നാണ്.

ഓരോ സ്ഥലത്തും ഓരോ ദിവസവും പുതിയതായി മുളച്ചുയരുന്
മരുന്നു കമ്പനികളുടെ സംഖ്യ നോക്കിയാൽ മതി ഇതറിയാൻ. ലാഭ
ശതമാനം ഏററവും കൂടുതലുള്ള വ്യവസായം എന്നുവെച്ചാൽ ഏററ
വും അധികം ചൂഷണമുള്ളത് എന്നും അർത്ഥമാണ്. മരുന്നു
കളുടെ പേരിൽ പൊതുജനങ്ങളനുഭവിക്കുന്ന ചൂഷണവും വഞ്ചന
യും അതികഠിനമാണ്. പലതരത്തിലുള്ളതാണ്. ഈ ചൂഷണം
നടത്തുന്നത് ബഹുരാഷ്ട്ര കുത്തകക്കമ്പനികളും ഇന്ത്യയിലെ
സ്വകാര്യക്കമ്പനികളും മാത്രമല്ല, ചൂഷണം അവസാനിപ്പിക്കാൻ
ബാധ്യസ്തമായ സർക്കാരിൻെറ കമ്പനികളും കൂടിയാണ്.

ജീവൽ പ്രധാനവും അല്ലാത്തതുമായ വളരെയേറെ മരുന്നുകൾ
ഇന്ത്യയിൽ ഒന്നുകിൽ നിർമിക്കുന്നില്ല, അല്ലെങ്കിൽ വേണ്ടത്ര ഉണ്ടാ
ക്കുന്നില്ല. ഇറക്കുമതിചെയ്യപ്പെടുന്ന മരുന്നുകളുടെ പട്ടിക നോക്കി
യാൽ മതി. ഇതറിയാൻ. എന്തിനധികം. ഏററവും നിസ്സാരമായ
ആസ്പിരിൻപോലും നാം ഇറക്കുമതി ചെയ്യുകയാണ്. കുഷ്ഠ
ചികിൽസയ്ക്കുള്ള സൽഫോണും അങ്ങനെതന്നെ. ഇറക്കുമതി
ചരക്കുകൾ പല കാരണങ്ങളാലും എല്ലായ്പ്പോഴും സുലഭമായി
കമ്പോളത്തിലുണ്ടാവാറില്ല. കൊല്ലങ്ങളോളം–ചിലപ്പോൾ ജീവപര്യ
ന്തം–ദിനംപ്രതി കഴിക്കേണ്ട മരുന്നാണു കുഷ്ഠരോഗത്തിനുള്ള
സൽഫോൺ. അത് വേണ്ടത്ര വേണ്ടപ്പോൾ കിട്ടാതിരിക്കുന്നത്
കുഷ്ഠരോഗ ചികിൽസയെയും തദ്വാരാ നിർമാർജന പദ്ധതിയെ
യും സാരമായി ബാധിക്കുന്നു. അവഗണിക്കപ്പെടുന്ന ജനവിഭാഗങ്ങ
ളെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം നമ്മുടെ സമീപനങ്ങൾ ദൗർഭാഗ്യവശാൽ
മുദ്രാവാക്യാത്മകങ്ങൾ മാത്രമാണ്. അതിൽ ഒന്നു മാത്രമായിരി
ക്കാം കുഷ്ഠരോഗനിർമാർജനവും. എന്തൊക്കെയായാലും, ആവശ്യ
മായ സാങ്കേതികജ്ഞാനം ലഭ്യമായിട്ടും മരുന്നുകളുടെ കാര്യത്തി
ലുള്ള ഈ വിദേശാശ്രിതത്വം നമ്മുടെ ആരോഗ്യപദ്ധതിയെ സാര
മായി ബാധിക്കുന്നുണ്ട്.

ഇത് ഒന്നാമതായനുഭവപ്പെടുന്നത് വിലയുടെ കാര്യത്തിലാ
ണ്. അശാസ്ത്രീയവും അനാവശ്യവും വിനാശകരവുമായ വില
ക്കുകളും നിയന്ത്രണങ്ങളും സർക്കാർ അടിച്ചേൽപിക്കുന്നു എന്നു
മരുന്നുകമ്പനിക്കാർ മുറവിളി കൂട്ടാറുണ്ടെങ്കിലും വിലനിയന്ത്രണ
ത്തിൽ സർക്കാരിനു കാര്യമായി ഒന്നും ചെയ്യാൻ കഴിയുന്നില്ല എന്ന
താണ് പരമാർത്ഥം. മരുന്നുകളുടെ ഉൽപാദനച്ചിലവും രോഗികൊ
ടുക്കുന്ന വിലയും തമ്മിലുള്ള ഭീമമായ അന്തരം ആരെയും അമ്പരപ്പി
ക്കും. എന്താണിതിൻെറ കാരണം ? ഉൽപാദകർ വാരിക്കോരുന്ന

ലാഭം, പരസ്യച്ചിലവ്, മെഡിക്കൽ റെപ്രസെൻററീവുകൾക്കു കൊടുക്കേണ്ടി വരുന്ന ശമ്പളം, മരുന്നുകളുടെ കമ്മീഷൻ എന്നിവയാണ് മരുന്നുവില ഉപഭോക്താവിനു താങ്ങാനാവാത്തവിധം ഉയർത്തുന്നത്. മാററിവെക്കാവുന്ന ഒന്നല്ലാത്തതുകൊണ്ട് എന്തുവില കൊടുത്തും രോഗികൾ മരുന്നുവാങ്ങും. വ്യവസായികൾക്കതറിയാം.

ചില മരുന്നുകൾ അപകടകരങ്ങളാണെന്നു തെളിഞ്ഞതിനാൽ അവയുടെ ജൻമനാടുകളിൽ തന്നെ നിരോധിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. എന്നാൽ അവർ ആ മരുന്നുകൾ ഇപ്പോഴും ഇന്ത്യ തുടങ്ങിയ വികസ്വരരാജ്യങ്ങളിലേക്കു കയററി അയച്ചു കൊണ്ടേയിരിക്കുന്നു. അവരുടെ സർക്കാർ അത് പ്രോൽസാഹിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. സ്വന്തം ജനതയ്ക്കു ഹാനികരമാണെങ്കിലും വികസ്വരനാട്ടിലെ ജനതയ്ക്ക് അതൊക്കെയാവാം എന്നാണവരുടെ നിലപാട്. ഇത്തരം മരുന്നുകൾ സ്വീകരിക്കുന്ന നമ്മുടെ സർക്കാരിനുമില്ല. സ്വന്തം ജനതയുടെ ആരോഗ്യത്തിൽ ശുഷ്കാന്തി. രോഗികളുടെ ആരോഗ്യത്തിൽ മാത്രമേ തങ്ങൾക്കു താൽപര്യമുള്ളു എന്നു വീമ്പടിക്കുന്ന നമ്മുടെ ഡോക്ടർമാരോ ആ മരുന്നുകൾ കണ്ണുംചിമ്മി എഴുതിത്തള്ളുന്നു. നിസ്സഹായരും അജ്ഞരുമായ രോഗികൾ സ്വന്തം വിയർപ്പു വിററ് ആ വിഷം വാങ്ങിക്കഴിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

''ദേശി'' കമ്പനികൾ എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഇന്ത്യൻ കമ്പനികളും അത്ര ''ദേശിക''ളൊന്നുമല്ല. അവയിൽ അധികവും വിദേശകമ്പനികളുമായി കൊളാബറേഷനിലാണ്—കാതലായ നിയന്ത്രണമൊക്കെ വിദേശത്തുതന്നെ. അവർ പറയുന്ന വിലയ്ക്കു വിൽക്കാൻ സർക്കാർ അനുവദിച്ചില്ലെങ്കിൽ കമ്പനികൾ ഔഷധനിർമ്മാണം തന്നെ. നിറുത്തുന്നു. മാസങ്ങളും കൊല്ലങ്ങളുമായി കഴിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന മരുന്നുകൾ കിട്ടാതാവുമ്പോൾ ഡോക്ടർമാരും രോഗികളും ബഹളം കൂട്ടും. കൂട്ടത്തിൽ എമ്മെല്ലെമാരും എം. പി. മാരും. അപ്പോൾ അവർക്കിഷ്ടമുള്ള വിലയ്ക്കു വിൽക്കാൻ സർക്കാർ കമ്പനികളെ അനുവദിക്കുകയും ചെയ്യും. കഴിഞ്ഞ കുറെ കൊല്ലങ്ങളിലെ അനുഭവത്തിൽ നിന്നു ഈ രീതി തെളിഞ്ഞു കാണാം.

അശാസ്ത്രീയവും അനാവശ്യവും അപകടകരവുമായ യോഗങ്ങളാണ് മരുന്നുകളിലെ മറെറാരു മായം. വില വളരെ വർധിക്കുകയും ചെയ്യും—അതിലാണു വ്യവസായികളുടെ താൽപ്പര്യം എന്നു വെച്ചോളു. ഉദാഹരണത്തിന് ടെട്രാസൈക്ലിൻ ഗുളികയ്ക്കു വില 35 പൈസ യാണെങ്കിൽ അതിൽ അൽപ്പം ജീവകം സി ചേർത്തു 65 പൈസയ്ക്കു വിൽക്കുന്നു. ഇതിൽ ഒരു അശാസ്ത്രീയതയും

ഒരു ചൂഷണവും ഉണ്ട്. ടെട്രാസൈക്ലിന്റെ കൂടെ അനാവശ്യമായി ജീവകം സി അടിച്ചേൽപ്പിക്കുന്നു എന്നതാണ് അശാസ്ത്രീയത. അൽപ്പം ജീവകത്തിന്റെ പേരിൽ 30 പൈസ അധികം തട്ടിപ്പറിക്കുന്നു എന്നതാണ് ചൂഷണം. ഈ ചൂഷണത്തിൽ തന്നെയുണ്ട് ഒരശാസ്ത്രീയതകൂടി. എന്തെന്നാൽ 500 മി. ഗ്രാം. ജീവകം സിയ്ക്ക് 20 പൈസയിൽ കുറവേയുള്ളു വില. ടെട്രാസൈക്ലിന്റെകൂടെ അടിച്ചേൽപിക്കുമ്പോൾ 250 മി.ഗ്രാമിനു 30പൈസ ഈടാക്കുകയും ചെയ്യുന്നു! പോരേ പൂരം ?

ഇതാ വേറൊരു ചൂഷണം : ഏതെങ്കിലും ഒരു കമ്പനി ഗവേഷണം ചെയ്ത് ഒരു പുതിയ മരുന്ന് കമ്പോളത്തിലിറക്കി എന്നിരിക്കട്ടെ. പേററന്റ് നിയമമനുസരിച്ച് ആ മരുന്നു കുറേ കൊല്ലത്തേക്ക് മററാർക്കും നിർമിക്കാൻ പാടില്ല. അത്രയുംകാലം അതവരുടെ കുത്തകയായിരിക്കും. എന്തുവില വേണമെങ്കിലും ആ കാലത്ത് ആ മരുന്നിനിടാം, മററാരും മത്സരിക്കാനില്ലല്ലോ. സാധാരണ അങ്ങനെ ഇടാറുമുണ്ട്. ഒരനുഭവം : നമ്മുടെ നാട്ടിൽ സാർവത്രികമായുള്ള കൃമിരോഗത്തിനുള്ള മരുന്നാണ് ''മെബെൻഡസോൾ''. അഞ്ചുകൊല്ലംമുമ്പ് ഒരു കമ്പനി മാത്രമേ ആ മരുന്ന് ഇന്ത്യയിൽ വിററിരുന്നുള്ളു. ഒരു കോഴ്സിനുള്ള മരുന്നിന്റെ വില 13 ക. എന്നാൽ ഇന്ന് ആ മരുന്നു 1½ കയ്ക്കു ലഭിക്കുന്നുണ്ട്. അതായത് അഞ്ചുകൊല്ലംകൊണ്ട് അതിഭീമമായ വിലക്കുറവ്! കാരണമെന്താണെന്നോ? ധാരാളം കമ്പനികൾ ആ മരുന്നുണ്ടാക്കാൻ തുടങ്ങി. 1½ കയ്ക്കു ഇന്നു ആ മരുന്നു വിൽക്കുന്ന കമ്പനി നല്ലൊരു ലാഭമുണ്ടാക്കുന്നുണ്ടായിരിക്കണം. അപ്പോൾ പൊതുവിലനിലവാരം ഇന്നത്തേക്കാൾ എത്രയോ കുറവായിരുന്ന 5 കൊല്ലം മുമ്പ് 13 കയ്ക്കു ആ മരുന്നു വിററിരുന്ന കമ്പനി ഉണ്ടാക്കിയിരുന്ന ലാഭം എത്രയായിരുന്നിരിക്കണം? തല ചുററിക്കുന്നൊരു കണക്കായിരിക്കും അത്.

ഡോക്ടർമാർ രോഗികൾക്കെഴുതിക്കൊടുക്കുന്ന ,കുറിപ്പുകളിലെ മരുന്നുകളുടെ ബാഹുല്യമാണ് മറെറാരു ചൂഷണം. ഒരു കുറിപ്പിൽ നാലും അഞ്ചും മരുന്നുകളെഴുതിയില്ലെങ്കിൽ അതു മോശമാണെന്നുവരെ കരുതുന്ന ഡോക്ടർമാരുണ്ട്. 14 വരെ എഴുതുന്ന സൂപ്പർ ഡോക്ടർമാരുമുണ്ട്. സംഖ്യാ ബാഹുല്യത്തിൽ മാത്രം നിൽക്കുന്നില്ല ഇതിലെ അശാസ്ത്രീയത. രോഗം മാറാൻ ഇത്രയധിക മരുന്നകളാവശ്യമില്ല. അപ്പോൾ പിന്നെ എന്തെഴുതിയാണ് ഇത്രയും വലിയ ഒരു ലിസ്ററുണ്ടാക്കുന്നത്? ജീവകങ്ങൾ, ടോണിക്കുകൾ, കാൽസ്യം മുതലായവകൊണ്ട് പ്രാധനമായും ജീവകങ്ങൾ തന്നെ. ജീവകങ്ങളിൽ വച്ച് ബികോംപ്ളക്സുകളും. ഒരേ

കുറിപ്പിൽ രണ്ടും മൂന്നും ബികോംപ്ളക്സ്കളെഴുതുന്ന വിദ്വാൻമാരാണ് ധാരാളം. ഒന്നു ഇഞ്ചെക്ഷൻ രൂപത്തിൽ, രണ്ടാമത്തൊന്നു കാപ്സ്യൂം രൂപത്തിൽ, മൂന്നാമത്തേത് സിറപ്പു രൂപത്തിലും. ഇതൊക്കെക്കൂടി ഒരു ദിവസത്തിൽ ഒരു രോഗിക്കുകിട്ടുന്ന ബി. ജീവകം എത്രയാവും? ആർക്കറിയാം! ഒരാനയ്ക്കുവേണ്ട ഡോസുണ്ടാവും. സാധാരണയായി ഒരു കുറിപ്പിൽ നിർബന്ധമായി ഒരു ബി. ജീവകമെങ്കിലും എഴുതാത്ത ഡോക്ടർമാർ കുറയും. ഊണിനുപ്പിലിട്ടതു പോലെയാണ് അവർക്ക് ബികോംപ്ളക്സ് — കുറിപ്പിനൊരും ബികോംപ്ളക്സെങ്കിലും എന്താണീ ഔഷധബഹുല്യത്തിനു കാരണം? ഒന്ന്, അജ്ഞത, അതായത് ഏതൊക്കെ മരുന്നുകളിൽ ഏതൊക്കെ അംശങ്ങൾ എത്രത്തോളമുണ്ട് എന്ന അറിവില്ലായ്മ, രണ്ട് ഉദാസീനത, — എന്തായാലെന്താ, വാങ്ങിക്കുന്നതും കഴിക്കുന്നതും അപരനല്ലെ എന്ന മനോഭാവം; മൂന്ന്, മെഡിക്കൽ കമ്പനികളെ പ്രീണിപ്പിക്കാൻ; നാല്, രോഗനിർണയത്തിൽ തീർച്ചയില്ലായ്മ. രണ്ടുമൂന്നുതരത്തിലുള്ള മരുന്നുകൾ കൊടുത്താൽ ഒന്നെങ്കിലും ഏശാതിരിക്കില്ല. എന്ന പ്രതീക്ഷ.

മരുന്നുകളെപ്പററി പറയുമ്പോൾ ടോണിക്കുകളെപ്പററി പരാമർശിക്കാതിരിക്കാൻ വയ്യ. മരുന്നു വ്യവസായികൾക്കു പണം വാരിക്കോരികൊടുക്കുന്ന ഇനമാണ് ടോണിക്കുകൾ. മറെറാന്നിൽ നിന്നും ഇത്ര ഭീമമായ ലാഭശതമാനം കിട്ടുകയില്ല. അതാണ് മിക്കവാറും എല്ലാ കമ്പനികളും ടോണിക്കുകളിറക്കുന്നത്. എന്നാൽ രോഗികളെ സംബന്ധിച്ചു പറഞ്ഞാൽ ഇത്ര ഉപയോഗശൂന്യമായ വേറെ മരുന്നുകൾ കാണുകയില്ല. പക്ഷെ അവർ ധരിക്കുന്നത് ടോണിക്കുകൾ കഴിച്ചാൽ രോഗം മാറും, ശരീരം നന്നാവും എന്നൊക്കെയാണ്. ഈ ധാരണ രൂഢമൂലമാക്കാൻ വ്യവസായികളും മരുന്നുകടക്കാരും. ദശമൂലാരിഷ്ടം കഴിച്ചാൽ ശരീരം നന്നാവും എന്നപഴയ ധാരണയുടെ പരിഷ്കൃതരൂപമാണ് ടോണിക് ഭ്രമം തികച്ചും ഉപയോഗശൂന്യമായ ഒരു ചക്കരവെള്ളത്തിനൊ മദ്യജലത്തിനോ വേണ്ടി രോഗികളുടെ കീശകാലിയാക്കുന്നു എന്നതാണ് ഏററവും ഖേദകരമായ കാര്യം.

മരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗത്തെ സംബന്ധിച്ച് ഊർജിതമായ ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം ആവശ്യമാണ്. അത് ആദ്യം കൊടുക്കേണ്ടത് ഡോക്ടർമാർക്കു തന്നെ. ഔഷധദുരുപയോഗവൃത്തത്തിലെ ഏററവും പ്രധാനമായ കണ്ണി ഡോക്ടർമാരാണ്. അവർ വിചാരിച്ചാലല്ലെ മരുന്നുകൾ വിററഴിയൂ. ലാഭവിഹിതത്തിൻെറ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ടോണിക്കുകൾ വിൽപിക്കുന്ന ഡോക്ടർമാരുണ്ട് ധാരാളം.

മരുന്നുകളുടെ ബഹുലത, ദോഷം, ഉപയോഗശൂന്യത, വർധിച്ച വില മുതലായവയെപ്പററി പൊതുജനങ്ങളെ ധരിപ്പിക്കണം. ആരോഗ്യം കാത്തു സൂക്ഷിക്കുന്നതിൽ മരുന്നുകൾക്കു കേവലം നിസ്സാരമായ സ്ഥാനമേയുള്ളു. പ്രഥമസ്ഥാനം നാം കഴിക്കുന്ന ഭക്ഷണത്തിനും ജീവിക്കുന്ന പരിസരത്തിനും അനുഷ്ഠിക്കുന്ന ശീലങ്ങൾക്കുമാണ്.

എന്നു വച്ച് മരുന്നുകൾ വേണ്ടെന്നല്ല. അവശ്യം വേണ്ടതായ മരുന്നുകൾ ഉണ്ട്. പ്രാഥമികാരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിന്നാവശ്യമായ ഏതാണ്ട് 200 മരുന്നുകളുടെ പട്ടിക. ലോകാരോഗ്യസംഘടന പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. അവയുടെ സ്ഥാനത്ത് 30000 ത്തിലേറെ മരുന്നുകളാണ് നമ്മുടെ രാജ്യത്ത് ഉൽപ്പാദിപ്പിക്കപ്പെടുന്നതും വിതരണം ചെയ്യപ്പെടുന്നതും. അവ എപ്പോഴും എല്ലായിടത്തും കുറഞ്ഞ വിലക്കു ലഭ്യമാക്കേണ്ട ചുമതല സർക്കാർ ഏറെറടുക്കണം. സർക്കാർ കമ്പനികൾ അവ വേണ്ടത്ര ഉൽപ്പാദിപ്പിക്കണം. കഴിവതും അവ മാത്രം ഉപയോഗിച്ച് രോഗചികിൽസ നടത്താൻ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരും തയ്യാറാവണം. ഉൽപാദനം മുതൽ ഉപഭോക്തൃലബ്ധിവരെയുള്ള മരുന്നുകളുടെ ദൂഷിതവലയത്തിൽ നടക്കുന്ന ചൂഷണം അവസാനിപ്പിക്കണം. അതിന്നു ആ ചൂഷണത്തെപ്പററിയുള്ള കൂടുതൽ കൂടുതൽ വസ്തുതകൾ പുറത്തു കൊണ്ടുവരണം. ചർച്ച ചെയ്യണം. വിമർശിക്കണം. പ്രക്ഷോഭണങ്ങൾ സംഘടിപ്പിക്കണം. വിദേശികളും ദേശികളുമായ കുത്തകകളിൽ നിന്നു മരുന്നു വ്യവസായത്തെ വിമുക്തമാക്കണം. ഇത് പറയാനെളുപ്പമാണ്. പക്ഷെ ഇന്നത്തെ രാഷ്ട്രീയ സാമൂഹ്യബന്ധങ്ങൾ തുടരുമ്പോൾ, പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ വളരെ പ്രയാസവുമാണ്.

മരുന്നുകളുടെ കാര്യത്തിൽ മറെറാന്നു കൂടിയുണ്ട് കരണീയം. നമ്മുടെ രാജ്യത്ത് ഔഷധഗുണമുള്ള സസ്യസമ്പത്ത് അതിബൃഹത്താണ്. ആയുർവേദത്തിൽ തന്നെ പരാമർശിതങ്ങളായ ഔഷധികളുടെ സംഖ്യാബാഹുല്യം ആരെയും അതിശയിപ്പിക്കുന്നതാണ് അവയെ തിരിച്ചറിയുകയും പുനഃപരിശോധിക്കുകയും ചെയ്ത് ആധുനിക ആവശ്യങ്ങൾക്ക് അനുയോജ്യമായതിനെ സ്വീകരിക്കണം. ഈ ഔഷധികളെ അടുക്കളത്തോട്ടങ്ങളിൽ വളർത്തുകയും ആവശ്യാനുസൃതം ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യാൻ ജനങ്ങളെ കഴിവുള്ളവരാക്കണം. ഇത് അപ്രായോഗികമാണെന്നും അശാസ്ത്രീയമാണെന്നും ആധുനിക ഭിഷഗ്വരൻമാർ വാദിക്കുമായിരിക്കും. അതത്ര കാര്യമാക്കേണ്ട. ദൈനംദിന ചികിൽസയുടെ കാര്യത്തിൽ ജനങ്ങളെ സ്വാശ്രയരാക്കാൻ ഒരളവോളം ഇതിനു സാധിക്കും. ഇത് വലിയൊരു നേട്ടവുമായിരിക്കും.

പുനരധിവാസം

വ്യക്തിയെ രോഗവിമുക്തനാക്കി, സാമൂഹ്യവും സാമ്പത്തികവു മായി പ്രയോജനകരവും ആസ്വാദ്യവുമായ ജീവിതം നയിക്കാൻ കഴി വുള്ളവനാക്കിത്തീർക്കുന്ന പ്രക്രിയയെയാണ് 'പുനരധിവാസം' കൊണ്ടു ദ്ദേശിക്കുന്നത്. മിക്ക രോഗങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലും ഇത്തരമൊരാവശ്യം ഉണ്ടാവാറില്ല. കാരണം രോഗങ്ങൾ അധികവും താൽക്കാലികവും അനന്തരഫലങ്ങൾ അവശേഷിപ്പിക്കാത്തവയുമാണ്. എന്നാൽ ചില രോഗങ്ങൾ അങ്ങനെയല്ല. ഉദാഹരണത്തിനു, പിള്ളവാതം. പിള്ള വാതത്തിൽ നിന്നു വിമുക്തമായാലും അതിൻെറ അനന്തരഫലമായി അംഗവൈകല്യവും അസ്വാധീനതയും അവശേഷിക്കാറുണ്ട്. ഈ അസ്വാധീനതമൂലം രോഗിക്ക് മററുള്ളവരെപ്പോലെ സാധാരണ ജീവിതം നയിക്കാൻ കഴിയാതെ വരുന്നു. അപ്പോൾ അയാളെ പ്രത്യേക സാഹചര്യങ്ങളിലൂടെ സ്വാശ്രയ ജീവിതത്തിനു കഴിവുള്ളവനാക്കണം. ഇതിനെയാണു പുനരധിവാസം എന്നു പറയുന്നത്. അങ്ങനെ പുനരധിവസിപ്പിച്ചില്ലെങ്കിൽ അയാൾ തനിക്കും കുടുംബത്തിനും സമൂ ഹത്തിനും ഒരു ഭാരമായവശേഷിക്കും. ഇങ്ങനെ പുനരധിവാസം ആവ ശ്യമായ രോഗങ്ങൾ പലതുമുണ്ട്. അത്യാഹിതങ്ങൾ, ഹൃദ്രോഗം, മസ്തി ഷ്ക–നാഡീസംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ, ചില സംക്രമികരോഗങ്ങൾ, മാനസികരോഗങ്ങൾ എന്നിങ്ങനെ പലതും.

എന്തുകൊണ്ടാണ് രോഗവിമുക്തമായാലും പുനരധിവാസം ആവ ശ്യമായി വരുന്നതു്? രോഗങ്ങളുടെ നീക്കം ഒന്നു പരിശോധിക്കാം: രോഗം → വൈകല്യം → അവശത → അസ്വാധീനത: അവശതയി ലൂടെ അസ്വാധീനതയിലെത്തിക്കുന്ന പ്രവാഹഗതിയാണു കാണിച്ചത്. ഇവയിൽ ഓരോന്നിനെയും വെവ്വേറെ പരിശോധിക്കാം.

വൈകല്യം

ശാരീരികമോ മാനസികമോ ഫിസിയോളജീയമോ ആയ ഏതെ ങ്കിലും ഘടനയുടെയോ ധർമത്തിൻെറയോ നാശമോ വികൃതിയോ ആണ് വൈകല്യമെന്നുപറയാം. ഇതു് മിക്കവാറും എല്ലാ രോഗങ്ങൾ ക്കുമുണ്ടാകുന്നതാണ്. എന്നാൽ ഭൂരിപക്ഷത്തിലും അതു് താൽക്കാലിക മായിരിക്കും. വൈകല്യം അവശതയിലേക്കു നയിക്കുന്നു. സാമാന്യ മാനദണ്ഡമനുസരിച്ചു പ്രവൃത്തി ചെയ്യാനുള്ള ദൗർബല്യമോ ശക്തിരാഹി ത്യമോ ആണ് അവശത. അവശതയാകട്ടെ അസ്വാധീനതയിലേക്കു നയിക്കുന്നു. വൈകല്യത്തിൽ നിന്നും അവശതയിൽ നിന്നും ഉത്ഭവി ക്കുന്നതും വ്യക്തിക്കു സമൂഹത്തിലുള്ള തൻെറ പങ്ക് യഥാവിധി നിർവഹി

ക്കുന്നതിനെ തടസ്സപ്പെടുത്തുന്നതുമായ ഒരു പ്രതിബന്ധമാണ് അസ്വാധീനത.

മേൽ പറഞ്ഞ മൂന്നു ഘട്ടങ്ങളിലും വ്യക്തിക്കു തന്റെ ധർമം നിർവഹിക്കുന്നതിൽ പ്രയാസം നേരിടുന്നതിനാൽ പുനരധിവാസം ആവശ്യമായിവരുന്നു. പുനരധിവാസത്തിന്റെ ആവശ്യകത മിനിമമാക്കി വയ്ക്കാൻ കഴിയണം. പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനത്തിന്റെ കാര്യക്ഷമതയെയും സാർവത്രികത്വത്തെയും ആശ്രയിച്ചിരിക്കും അത്. രോഗം→ വൈകല്യം→ അവശത→ അസ്വാധീനത എന്ന ഗതി പരിശോധിച്ചാൽ കാണാം, തടയാവുന്ന ദശകം പലതുമുണ്ടെന്ന്. ഒന്നാമതായി രോഗം വരുന്നതു തടയാം. വളരെയധികം വൈകല്യവും അവശതയും അസ്വാധീനതയും ഉണ്ടാകുന്ന ഒരു രോഗമാണല്ലൊ പിള്ളവാതം. ഈ രോഗം നൂറുശതമാനവും തടയാവുന്നതാണ്. വളരെ അന്ധതയും തദ്വാരാ അസ്വാധീനതയും വരുത്തിവച്ചിരുന്ന ഒരു മഹാവ്യാധിയായിരുന്നല്ലൊ വസൂരി. അതിനെ നാം ഭൂമുഖത്തു നിന്നു തന്നെ നിർമാർജനം ചെയ്തു കഴിഞ്ഞു. അത്യാഹിതങ്ങൾമൂലം വളരെ അവശതയും അസ്വാധീനതയുമുണ്ടാവുന്നുണ്ട്. നല്ല റോഡുകൾ, നല്ല വാഹനങ്ങൾ, നല്ല ഡ്രൈവർമാർ നല്ലനിരത്തു ശീലങ്ങൾ എന്നീ ഘടകങ്ങളാൽ അത്യാഹിതങ്ങൾ വലിയൊരതിർത്തിവരെ തടയാം. അവശതയുടെയും അസ്വാധീനതയുടെയും മൂലകാരണം തന്നെ തടയുന്നതാണ് ഏററവും ഉത്തമം. അതെങ്ങനെ സാധിക്കും? ശുദ്ധജലം വിതരണം ചെയ്യുക, ശുചീകരണം ഏർപ്പെടുത്തുക, സാംക്രമിക രോഗങ്ങൾക്കെതിരെ കുത്തിവെപ്പ് സംഘടിപ്പിക്കുക; ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം; പോഷകാഹാരവർധന; പുകവലി, മദ്യപാനം, ലഹരിമരുന്നുകൾ ഇവയുടെ വ്യാപ്തി തടയുക; ജനനവൈകല്യങ്ങൾ തടയാൻ നേരത്തെ തന്നെ മാർഗങ്ങൾ തേടുക; അത്യാഹിതങ്ങൾ കുറയ്ക്കാൻ കർശന നിയമ നിർമാണങ്ങൾ നടത്തുകയും അവ അനുസരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക; പൊതു വിദ്യാഭ്യാസം അഭിവൃദ്ധിപ്പെടുത്തുക എന്നിങ്ങനെ വളരെ കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്.

രണ്ടാമത്തെ നടപടി വൈകല്യങ്ങളിൽനിന്ന് അവശത ഉടലെടുക്കുന്നതു് തടയലാണ്. ഉദാ: കുഷ്ഠം, ക്ഷയം, ട്രക്കോമ എന്നിവ കണ്ടുപിടിച്ച് ആരംഭത്തിൽതന്നെ ചികിത്സിക്കുക; മാനസികരോഗികളെ ചികിത്സിക്കുക; മുറിവുചതവുകളും അസ്ഥിഭംഗങ്ങളും യഥാകാലം നേരെയാക്കുക; തൊഴിൽപരവും, വിദ്യാഭ്യാസപരവുമായ ഉപദേശങ്ങൾ കൊടുക്കുക; അനുയോജ്യമായ തൊഴിൽ ഏർപ്പെടുത്തിക്കൊടുക്കുക; വ്യക്തിപരവും കുടുംബപരവും സമൂഹപരവുമായ സമീപനങ്ങളിൽ ആവശ്യമായ മാററങ്ങൾ വരുത്തുക.

മൂന്നാമത്തെ നിലവാരത്തിൽ, അതായതു് അവശത അസ്വാധീനതയായി മാറാതിരിക്കാൻ ചെയ്യേണ്ടതു് നോക്കാം. ഫിസിയോത്തെറാപ്പി, സ്പീച്ച്തെറാപ്പി, സൈക്കോത്തെറാപ്പി മുതലായവ ആവശ്യക്കാർക്കു് പ്രദാനം ചെയ്യുക; അവശർക്കു് പ്രോസ്തെസിസ്, കേൾവിയന്ത്രം തുടങ്ങിയവ ലഭ്യമാക്കുക; തൊഴിൽ പരിശീലനസൗകര്യമുണ്ടാക്കുക; മൂക-ബധിരർക്കുള്ള പ്രത്യേകവിദ്യാഭ്യാസവും പരിശീലനവും ഏർപ്പെടുത്തുക; ഇവരോടുള്ള മനോഭാവത്തിലും സമീപനത്തിലും മാററം വരുത്തുന്നതിനു് ജനങ്ങൾക്കു് വിദ്യാഭ്യാസം കൊടുക്കുക. ഇവയെല്ലാം പ്രാവർത്തികമാക്കുന്നതിനുള്ള ചില നിർദേശങ്ങൾ ലോകാരോഗ്യസംഘടനപ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുണ്ടു്. അവയിൽ ചിലതു്:

1 അവശത തടയലും പുനരധിവാസവും പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിന്റെ സുപ്രധാനഘടകങ്ങളാക്കാൻ സർക്കാർ ഇടപെടണം.

2 ബഹുഭൂരിപക്ഷം അവശതയും തടയാവുന്നതായതുകൊണ്ടു് സർക്കാർ അതിനുവേണ്ടി പ്രത്യേകിച്ചു് ശ്രമിക്കണം. അതായതു് ജനതയുടെ പോഷകാഹാരസ്ഥിതി മെച്ചപ്പെടുത്തുക, പകർച്ചവ്യാധികൾ തടയുക, മാതൃശിശുരക്ഷ വിപുലീകരിക്കുക, അത്യാഹിതങ്ങൾ കുറയ്ക്കുക മുതലായവ.

3 പുനരധിവാസം ഗ്രാമതലങ്ങളിൽതന്നെ സംഘടിപ്പിക്കാൻ സർക്കാർ രംഗത്തുവരണം.

4 ഇന്നു് ലഭ്യമായിട്ടുള്ള പുനരധിവാസ സൗകര്യങ്ങളും പരിചയവും ഗ്രാമതലങ്ങളിലേക്കു് വ്യാപിപ്പിക്കുക.

5 വൈദേശികവിജ്ഞാനത്തെ ഉപയോഗിക്കാതെ കഴിവതും പ്രാദേശികമായ ടെക്നോളജി ഉപയോഗിക്കുക.

6 പുനരധിവാസപദ്ധതിക്കു് ആവശ്യമായ കേഡറുകളെ പ്രാദേശികതലത്തിൽതന്നെ പരിശീലിപ്പിച്ചു് സന്നദ്ധമാക്കുക.

പ്രാഥമികാരോഗ്യ സേവനം സംഘടിപ്പിക്കുമ്പോൾ സ്വീകരിരിക്കേണ്ടതും നടപ്പിലാക്കേണ്ടതുമായ ചില പ്രധാന ഘടകങ്ങളെപ്പററിയാണു് നാം ഇതേവരെ ചർച്ച ചെയ്തതു്. ഇന്നു നിലവിലുള്ള നമ്മുടെ സമ്പ്രദായത്തിൽ ഇവയിൽ പലതും അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടു്—ചുരുങ്ങിയതു് വിഭാവനം ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടെങ്കിലുമുണ്ടു്. പക്ഷെ അവയുടെ പ്രയോഗത്തിൽ സാരമായ തകരാറുകളുമുണ്ടു്. ഇവയിലെ ചില തകരാറുകളെപ്പററി അടുത്ത ഖണ്ഡികയിൽ അൽപം വിശദമായി ചർച്ച ചെയ്യുന്നുമുണ്ടു്. നമ്മുടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യ പദ്ധതി ഉദ്ദിഷ്ടഫലം പ്രദാനം ചെയ്യുന്നില്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ ഉത്തരവാദിത്വം അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാവർക്കുമുണ്ടു്—ഉയർന്ന മന്ത്രി മുതൽ താഴ്ന്ന തൂപ്പുകാരൻ വരെ

എല്ലാവർക്കും. അവരുടെ സ്ഥാനമനുസരിച്ച് ആ ഉത്തരവാദിത്വത്തിനു ഏററക്കുറച്ചിലുകളുണ്ടാവുമെന്നു മാത്രം. കൂടാതെ, ഉപഭോക്താക്കളായ ജനങ്ങൾക്കുമുണ്ട് ആ ഉത്തരവാദിത്വത്തിന്റെ ഒരു ചെറിയ പങ്ക്. അങ്ങനെ ആരോഗ്യപദ്ധതി ഒരു വലിയ ദൂഷിത വലയത്തിലകപ്പെട്ട് നട്ടം തിരിയുകയാണ്. ഈ വലയം ഭേദിച്ച് ആരോഗ്യത്തെ ആരോഗ്യകരമായ വിധത്തിൽ പുനസ്സംഘടിപ്പിക്കാൻ ആത്യന്തികമായി ജനങ്ങൾക്ക മാത്രമേ സാധിക്കൂ. അവർ അതിന്റെ ആവശ്യകതയെ കുറിച്ച് ബോധവന്മാരാകണം. സ്വയം സംഘടിക്കണം. പൊരുതണം. എന്നിട്ട് ഗുണപരമായി നൂതനമായൊരു സമീപനം സ്വീകരിച്ചുകൊണ്ടുള്ള പ്രാഥമികാരോഗ്യ സംവിധാനം ഉണ്ടാക്കണം. ഈ സംവിധാനത്തിലുണ്ടായിരിക്കേണ്ട ഒരു കാര്യമാണ് "അപായ സമീപനം". സമൂഹത്തിലെ ഏതു് വിഭാഗം ആളുകൾക്കാണോ കൂടുതൽ രോഗ സാദ്ധ്യതയുള്ളതു്, കൂടുതൽ അനാരോഗ്യമുള്ളതു്, ഇവയിൽ നിന്നു കൂടുതൽ അപായമുണ്ടാവാൻ പോകുന്നതു് ആ വിഭാഗക്കാരെ കണ്ടറിയുക, തേടിപ്പിടിക്കുക, അവർക്കു കൂടുതൽ കാര്യക്ഷമമായ ആരോഗ്യ രക്ഷാ നടപടികൾ എത്തിച്ചുകൊടുക്കുക—ഇതാണ് 'അപായസമീപനം' കൊണ്ടുദ്ദേശിക്കുന്നതു്. കുട്ടികൾ പൊതുവെ കൂടുതൽ വിശദമായ ആരോഗ്യ രക്ഷയ്ക്കർഹരാണ്. എന്നാൽ അവരിൽ 5 വയസ്സിനു താഴെയുള്ളവരാണ് പ്രത്യേക പരിഗണന അർഹിക്കുന്നതു്. കാരണം അവർക്കാണ് രോഗ സാദ്ധ്യത കൂതലുള്ളതു്. മരണനിരക്ക് അവരിലാണ് ഉയർന്നിരിക്കുന്നതു്, പോഷകാഹാരക്കുറവുമൂലം ഗുരുതരമായ ഭവിഷ്യത്തുകൾ അവരിലാണുള്ളതു്: ചുരുക്കത്തിൽ അവർ അപായ വിഭാഗക്കാരാണ്, അവരെ പ്രത്യേകമെടുത്ത് സംരക്ഷിക്കണം. ഇതാണ് അപായ സമീപനം. അതുപോലെതന്നെ ഗർഭിണിമാരും പാലൂട്ടുന്ന അമ്മമാരും അപായ വിഭാഗക്കാരാണ്. ഗിരിജനങ്ങളും കടലോര നിവാസികളും അപായ വിഭാഗക്കാരാണ്. ഇവർക്കൊക്കെ പ്രത്യേക സജ്ജീകരണങ്ങളുണ്ടായിരിക്കണം പ്രഥമികാരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ ജനങ്ങളുടെ ആകെയുള്ള ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കുന്നതിൽ ഈ അപായ സമീപനത്തിന് അതിയായ പ്രാധാന്യമുണ്ട്.

പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിന്റെ ഇന്നത്തെ ചില പ്രത്യേകതകൾ

നമ്മുടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിന്റെ പോരായ്മകളെ താഴെ പറയുന്ന ഖണ്ഡികകളിൽ പരാമർശിക്കാം.

1 ചികിത്സോന്മുഖത്വം.
2 കേന്ദ്രീകൃതസ്വഭാവം.
3 നഗരാധിപത്യം
4. രാഷ്ട്രീയ വീക്ഷണരാഹിത്യം.

ചികിൽസോന്മുഖത്വം

തുടക്കത്തിൽ നമ്മുടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തെ സംഘടിപ്പിച്ചിരുന്ന രീതി എന്തായിരുന്നാലും ഇന്ന് അത്ര് പ്രവർത്തിക്കുന്നത്, ഒട്ടും തന്നെ കാര്യക്ഷമമല്ലാത്ത, ചികിത്സാ സ്ഥലങ്ങൾ എന്ന നിലയ്ക്കുമാത്രമാണ്. അവിടേക്ക ജനങ്ങൾ പോകുന്നത് രോഗം വരുമ്പോൾ മാത്രമാണ്, അതും ഡോക്ടറെ കാണാൻ വേണ്ടി മാത്രം. (ഡോക്ടറെ 'ശരിക്കും' കാണണമെങ്കിൽ വീട്ടിൽ പോവുക തന്നെ വേണം എന്നും അവർക്കറിയാം). കാരണം അവിടെ നിന്നും രോഗചികിത്സക്കാവശ്യമായ മരുന്നുകൾ കിട്ടുക എന്നത് വിരളമായൊരു സംഭവമാണ്, മരുന്ന് എന്നു പറഞ്ഞ് അവിടെ നിന്നും കൊടുക്കുന്നത് വിവിധ നിറങ്ങളിലുള്ള മിക്സ്ചറുകളാണ്. അവയിൽ ഔഷധമൂല്യം ഉണ്ടാവുകയില്ല. രോഗമെന്തായാലും കൊടുക്കുന്നത് ആ വെള്ളം മാത്രം. ഇത് മരുന്നെഴുതുന്ന ഡോക്ടർക്കും എടുത്തുകൊടുക്കുന്ന കമ്പൌണ്ടർക്കും വാങ്ങിക്കുന്ന രോഗിക്കുമറിയാം. എന്നാൽ ഡോക്ടർ അൽപം സഹാനുഭൂതിയുള്ളവനാണെങ്കിൽ കടയിൽ നിന്നും വാങ്ങാനായി കുറിച്ചുകൊടുക്കും. പൈസയുള്ളവർ വാങ്ങിയെങ്കിലായി. ആശുപത്രിയിൽ വച്ചു ചെയ്യുന്ന പരിശോധനയ്ക്കും കൊടുക്കുന്ന മരുന്നിനും യാതൊരു വിലയുമില്ലെന്ന് പരക്കെ അറിയാവുന്നതുകൊണ്ട് ആവശ്യവും കഴിവുമുള്ളവർ ഡോക്ടറെ സ്വകാര്യമായി കണ്ട് ചികിത്സ നടത്തുന്നു. രക്തം, മൂത്രം, കഫം, മലം എന്നിവ ഏററവും ലളിതമായി പരിശോധിക്കുവാൻ പോലും അവിടെ സൗകര്യമുണ്ടാവാറില്ല. ഇതുകൊണ്ടാണ് കാര്യക്ഷമമല്ലാത്ത ചികിത്സാസ്ഥലം എന്നു പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തെ വിശേഷിപ്പിച്ചത്.

പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിന് രോഗവുമായി വരുന്ന ജനങ്ങളെ ചികിത്സിക്കുക എന്നതിൽ കവിഞ്ഞൊരു ധർമ്മമുണ്ടെന്ന കഥ തന്നെ മിക്കവരും കാര്യമായെടുക്കാറില്ല. യഥാകാലം യഥാവിധി ചെയ്യേണ്ട രോഗ പ്രതിരോധ മരുന്നുകളൊന്നും അവിടെ കാണുകയില്ല. അവയെപ്പററി അവിടെ വരുന്ന രോഗികൾക്കും മററും വിവരിച്ചുകൊടുക്കാനെങ്കിലും ആരെങ്കിലുമുണ്ടോ? ഡോക്ടർക്കതിനൊന്നും സമയമില്ല. താഴെക്കിടയിലുള്ള ജീവനക്കാർ അതൊട്ടു ചെയ്യാറുമില്ല. എന്നാൽ ഒന്നു വളരെ കണിശമായി പ്രതിമാസം അവർ ചെയ്യും; സ്ഥിതിവിവര കണക്കുകളയയ്ക്കൽ. എന്നാൽ വിശ്വസനീയമായ സ്ഥിതിവിവരങ്ങളൊന്നും അവയിലില്ല എന്ന് അവയുമായി പെരുമാറുന്നവർക്കെല്ലാം അറിയാം. ഭാവിതലമുറകളുടെ ആരോഗ്യത്തെ സുരക്ഷിതമാക്കാനുതകുന്ന ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രത്തിൻെറ അരികെക്കൂടി പോയിട്ടുണ്ടാവില്ല. പരിസര ശുചീകരണം, പോഷകാഹാരം,

ശുദ്ധജലം എന്നിവയെപ്പററി പറയാനുമില്ല. ഇത്തരം കാര്യങ്ങളുടെ നായകത്വം വഹിക്കേണ്ടതു് അവിടത്തെ ഡോക്ടർമാരാണ്. അവർക്കു് ''പ്രിവൻറീവ് മെഡിസിൻ'' (രോഗമുണ്ടാകാതിരിക്കാനുള്ള നടപടികൾ) എന്നു കേട്ടാൽ ഒരു തരം പുച്ഛവും വെറുപ്പും കലിയുമാണ്— അവരെ അങ്ങനെയാണ് പടച്ചുവിട്ടിട്ടുള്ളതെന്നു വച്ചോളൂ. പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൻെറ അടിസ്ഥാനാശയങ്ങളിലൊന്നും അവർക്കില്ല. ലവലേശം വിശ്വാസം. താഴെക്കിടയിലുള്ള മററു ജീവനക്കാരും തഥൈവം ഇത്തരം ഒരു കേന്ദ്രത്തിനുണ്ടോ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കാനുള്ള കഴിവ്? (ഇവർക്കു് ആർക്കും തന്നെ ജനങ്ങളുടെ പ്രശ്നത്തിലോ അവയുടെ പരിഹാരത്തിലോ തെല്ലുമില്ല താൽപര്യം. ഡോക്ടറും രോഗിയും എന്നതിൽ കവിഞ്ഞൊരു ബന്ധവും അവർക്കു് നാട്ടുകാരുമായിട്ടില്ല. എങ്ങുനിന്നോ വന്നു കൂടുകൂട്ടിയ, എങ്ങോട്ടോ പറന്നുപോകേണ്ട ദേശാടനപ്പക്ഷികൾ മാത്രമാണ് ഇന്നു് ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ. അവർക്കു് സ്ഥിരമായ ബന്ധങ്ങളോ താൽപ്പര്യങ്ങളോ ഇല്ല—ഉണ്ടാവരുതു് എന്നു സർക്കാർ ദൃഢമായി വിശ്വസിക്കുന്നു. ഇത്തരം സാഹചര്യങ്ങളിൽ നമ്മുടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നിന്നു് ആരോഗസേവനം മാത്രം ജനങ്ങൾ പ്രതീക്ഷിച്ചുപോകരുതു്.

കേന്ദ്രീകൃത സ്വഭാവം

പ്രാഥമികാരോഗ്യത്തിൻെറ വളരെ പ്രധാനമായൊരു വശമാണ് അതിൻെറ പ്രാദേശിക സ്വഭാവം. ഓരോ കേന്ദ്രവും കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നതു് തദ്ദേശീയരുടെ പ്രശ്നങ്ങളാണ്. അവ നൂറു ശതമാനവും പ്രാദേശികമാണ്. ഓരോ പ്രദേശത്തിൻെറ ജീവിതരീതീ, ആരോഗ്യത്തോടുള്ള ജനങ്ങളുടെ സമീപനം എന്നിവയിലുമുണ്ടാവും വ്യത്യാസങ്ങൾ. രോഗങ്ങൾക്കും അവയുടെ സ്വഭാവത്തിനുമുണ്ട് അൽപസ്വൽപ വ്യത്യാസങ്ങൾ. തൊഴിലില്ലായ്മ, വിദ്യാഭ്യാസം, മതം, പരിസരാരോഗ്യം മുതലായവയൊക്കെ വെവ്വേറെ കണക്കിലെടുക്കണം. ഇങ്ങനെ പ്രാഥമികാരോഗ്യം നൂറുശതമാനവും പ്രാദേശികമായി കൈകാര്യം ചെയ്യപ്പെടണം. അതിനാകട്ടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾക്കു് ഉത്തരവാദിത്വത്തോടൊപ്പം ധാരാളം സ്വാതന്ത്ര്യവും അധികാരവും കൊടുക്കണം. പ്രാദേശികമായ മുൻകയ്യിനു് ഏററവുമധികം പ്രോത്സാഹനം നൽകണം. എന്നാൽ ഇന്നു നിലവിലുള്ള ആരോഗ്യമേഖല കർശനമായ കേന്ദ്രീകൃത സ്വഭാവത്തോടു കൂടിയതാണ്. പ്രാദേശികമായി ഒന്നും ചെയ്യാനുള്ള അധികാരമോ സ്വാതന്ത്ര്യമോ ഇല്ല, ആരെങ്കിലും അങ്ങനെ എന്തെങ്കിലും ചെയ്യാൻ ശ്രമിച്ചാൽ അതിനു് പ്രോത്സാഹനവും അംഗീകാരവുമില്ലെന്നുമാത്രമല്ല, വിശദീകരണം ആവശ്യപ്പെട്ടുകൊണ്ടുള്ള ഭീഷണിക്കത്തായിരിക്കും മുകളിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്ന

ത്തു്. ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ നടക്കുന്ന എല്ലാ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെയും ആദ്യചലനങ്ങൾ സംഭവിക്കുന്നതു് തിരുവനന്തപുരത്തായിരിക്കും. അവിടെ നിന്നും കല്പനകൾ വരുന്നു, അനുസരിക്കപ്പെടുന്നു; അനുസരിക്കപ്പെടാത്തതിനു വിശദീകരണം അയയ്ക്കുന്നു. നൂറു ശതമാനവും ഉദ്യോഗസ്ഥന്മാർ നടത്തുന്ന ഒരു കളിയാണു് അതു്. പണ്ടത്തെ ധർമ്മാസ്പത്രി എന്ന ആശയത്തിൻെറ ഒരു പരിഷ്കൃതരൂപം. രാജാവു് പ്രജകളുടെ ആരോഗ്യം രക്ഷിക്കാനുണ്ടാക്കിയതാണല്ലോ ധർമ്മാസ്പത്രികൾ. ഇന്നാകട്ടെ ജനകീയ സർക്കാർ ജനങ്ങൾക്കു് ആരോഗ്യം പകർന്നുകൊടുക്കുന്നു. എന്നാൽ നവീനാശയമനുസരിച്ചു് പ്രാഥമികാരോഗ്യ പ്രക്രിയയുടെ എല്ലാതുറകളിലും ജനങ്ങളെ ഉൾക്കൊള്ളിക്കണം, പങ്കാളികളാക്കണം, അവരുടെ അഭിപ്രായമാരായണം, സഹകരണം ലഭ്യമാക്കണം, അവരെക്കൊണ്ടുതന്നെ സ്വാരോഗ്യം സൃഷ്ടിപ്പിക്കണം. നമ്മുടെ ആരോഗ്യ മേഖലയിലാകട്ടെ ഇത്തരം പരിപാടിക്കുള്ള ഒരു പഴുതും ഇന്നു് നിലവിലില്ല. എതിരായിട്ടു് പലതും ഉണ്ടുതാനും. അതിലൊന്നാണു് ജീവനക്കാരും ജനങ്ങളും തമ്മിൽ സ്ഥായിയായ ബന്ധങ്ങൾ ഉണ്ടാവാൻ പാടില്ല എന്ന സർക്കാർ നിലപാട്. അങ്ങനെ ഉണ്ടാവുന്നില്ലെന്നു് ഉറപ്പുവരുത്താൻ വേണ്ടി അവരെയൊക്കെ ഓരോ കൊല്ലവും നാനാദിക്കിലേയ്ക്കും സ്ഥലം മാററിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ജനകീയമായ പ്രാഥമികാരോഗ്യം എന്ന ആശയത്തിൻെറ കടക്കോടാലിയാണു് ഈ നയം. നമ്മുടെ പ്രാഥമികാരോഗ്യം രക്ഷപ്പെടണമെങ്കിൽ, അഭിവൃദ്ധിപ്പെടണമെങ്കിൽ സമൂലമായ വികേന്ദ്രീകരണം നടപ്പിലാവണം. തലസ്ഥാനത്തുനിന്നുള്ള ആജ്ഞകൾ നടപ്പിലാക്കുക എന്നതുമാററി ജീവനക്കാർക്കു് സ്വയം ചിന്തിക്കാനും പ്രവർത്തിക്കാനുമുള്ള കഴിവും അവസരവുമുണ്ടാവണം; ജനങ്ങളെ സ്വന്തം പ്രശ്നങ്ങൾ മനസിലാക്കിക്കാനും അവരെക്കൊണ്ടു് അവയുടെ പരിഹാരങ്ങൾ സ്വയം കണ്ടുപിടിപ്പിക്കാനും നടപ്പിലാക്കിക്കാനും അങ്ങനെ സ്വന്തം ആരോഗ്യം സ്വയം സൂക്ഷിക്കാനും സൃഷ്ടിക്കാനും അവരെ സഹായിക്കുക എന്ന പ്രവൃത്തിയായിരിക്കണം ജീവനക്കാരുടേതു്.

നഗരാധിപത്യം

ആരോഗ്യമേഖലയിൽ നടമാടുന്ന നഗരാധിപത്യത്തെപ്പററി മുമ്പെ സൂചിപ്പിക്കുകയുണ്ടായി. ഏകദേശം 18 ശതമാനം മാത്രം ജനങ്ങൾ പാർക്കുന്ന നഗരപ്രദേശങ്ങളിലാണു് ആരോഗ്യമേഖലയുടെ ബഡ്ജററിൻെറ 75 ശതമാനത്തോളം ചിലവാക്കപ്പെടുന്നതു്. കിടക്കകളുടെ എണ്ണം, ഡോക്ടർമാരുടെയും, നേഴ്സുമാരുടെയും സംഖ്യ, രോഗനിർണയത്തിനും ചികിത്സയ്ക്കുള്ള സജ്ജീകരണങ്ങളും സൗകര്യങ്ങളും, ഒക്കെയെടുത്തു പരിശോധിച്ചാൽ കാണും നഗരത്തിലേക്കുള്ള ഈ മുൻതൂക്കം. മരുന്നുക

ളുടെ സിംഹഭാഗവും നഗരസ്ഥാപനങ്ങൾ പിടിച്ചെടുക്കുന്നു. ആരോഗ്യ മേഖലയിലെ പുതിയ ധനനിക്ഷേപങ്ങളുടെ കഥയും അങ്ങനെതന്നെ ജില്ലാ ആശുപത്രിയിലോ, താലൂക്കാശുപത്രിയിലോ ഒരു പേവാർഡ് നിർമിക്കാനുള്ളപണം സർക്കാർ എളുപ്പം കണ്ടുപിടിക്കും. എന്നാൽ ഒരു പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിൽ പത്ത് കിടക്കകളുള്ള ഒരു വാർഡുണ്ടാക്കാനോ ഒരു പുതിയ ഗ്രാമീണസ്ഥാപനം തുറക്കാനോ ജനങ്ങളാവശ്യപ്പെട്ടാൽ അതിന്റെ കത്തിടപാടുകൾ കൊല്ലങ്ങളോളം നീണ്ടുപോകും. ഈ പ്രതിഭാസം കേരളത്തിന്റെയോ ഇന്ത്യയുടെയോ മാത്രം പ്രത്യേകതയല്ലെന്നുവേണമെങ്കിൽ സമാധാനിക്കാം. എല്ലാ വികസ്വര രാജ്യങ്ങളുടെയും വികസിത രാജ്യങ്ങളുടെയും കഥ ഇതുതന്നെയാണ്. നഗരനിവാസികൾക്ക് രാഷ്ട്രീയ ഭരണതലങ്ങളിൽ കൂടുതൽ സ്വാധീനമുണ്ട്. ഈ സ്വാധീനം അവർ മുറയ്ക്കുപയോഗിക്കുന്നു: സർക്കാരാകട്ടെ അവരുടെ സ്വാധീനത്തിനു് വഴങ്ങുകയും ചെയ്യുന്നു. (രാഷ്ട്രീയമായും ഭരണപരമായും ഗ്രാമീണർ കൂടുതൽ ശക്തരായാലേ ഇന്നത്തെ ഈ പോക്കിന് എന്തെങ്കിലും മാററമുണ്ടാവൂ. മാററമാകട്ടെ വളരെ വളരെ അത്യാവശ്യമാണുതാനും) ലക്ഷക്കണക്കിന് വിലവരുന്ന ഒരു ഉപകരണം ഇറക്കുമതി ചെയ്യാനോ വാങ്ങാനോ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾക്ക് എളുപ്പം സാധിക്കും, പ്രത്യേകിച്ച് അതു് തലസ്ഥാനത്താണെങ്കിൽ. കാരണം തലസ്ഥാനത്ത് അങ്ങനെയൊന്നുണ്ടാവുന്നതിൽ മന്ത്രിമാർക്കും എം. എൽ. ഏ മാർക്കും സെക്രട്ടേറിയററുകാർക്കും, രാജ്ഭവൻകാർക്കും ഒക്കെ താൽപര്യം കൂടും; അതിന്റെ ഉപയോഗം എളുപ്പത്തിൽ അവർക്കും ലഭിക്കുമല്ലോ. എന്നാൽ ഒരു താലൂക്കാസ്പത്രിയിൽ ഒരു എക്സ്-റേ വാങ്ങിയാൽ ഇവർക്കാർക്കെങ്കിലും എന്തെങ്കിലും പ്രയോജനമുണ്ടാവുമോ? തീർച്ചയായും ഇല്ല. അതുകൊണ്ടുതന്നെയാണ്, ആരോഗ്യമേഖലയിലെ ബഹുഭൂരിപക്ഷം സ്ഥാപനങ്ങളിലും ഇന്നും എക്സ്-റേയില്ലാതിരിക്കുന്നതു് എക്സ്-റേയാകട്ടെ വൈദ്യശാസ്ത്രരംഗത്ത് ഏററവും അത്യാവശ്യവും ലളിതവുമായൊരു ഉപകരണമായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. പക്ഷെ എക്സ്-റേയെപ്പററി എന്തു് പറയാൻ? മൂത്രവും രക്തവും കഫവും പോലും പരിശോധിക്കാൻ സൗകര്യമില്ലാത്തവയാണ് അവയിൽ അധികവും!

ഇതൊക്കെയാണെങ്കിലും നഗരങ്ങളിലെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി ഗ്രാമങ്ങളിലേതിനേക്കാൾ മെച്ചപ്പെട്ടതാണ് എന്നു പറകവയ്യ. ശുചിത്വം, കുടിവെള്ളം എന്നിവയുടെ അഭാവത്തിലും നഗരം ഗ്രാമങ്ങളുടെ മുമ്പിലാണ്. ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യവും ഇന്നത്തെ ആരോഗ്യസേവന വ്യവസ്ഥയും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം വളരെ ദുർബലമാണ് എന്നാണ് ഇതൊക്കെ കാണിക്കുന്നതു്.

രാഷ്ട്രീയ വീക്ഷണരാഹിത്യം

കേരളം പിറന്നിട്ട് ദശാബ്ദങ്ങൾ മൂന്നാവാറായി. ഈ കാലഘട്ടത്തിനുള്ളിൽ ഇവിടത്തെ എല്ലാ രാഷ്ട്രീയ കക്ഷികൾക്കും ഗവർണർക്കും ഒന്നിലധികം തവണ അവസരം ലഭിക്കുകയുണ്ടായി. സംസ്ഥാനഭരണചക്രം തിരിക്കുവാൻ ദൗർഭാഗ്യവശാൽ ഒരൊററ കക്ഷിയും നമ്മുടെ ആരോഗ്യമേഖലയെ സംപുഷ്ടമാക്കാനോ പുതിയ ഒരു വീക്ഷണത്തിലൂടെ പുനസംഘടിപ്പിക്കാനോ ഒരുമ്പെട്ടിട്ടില്ല ഇതുവരെ. പ്രധാനമായ കാരണം അങ്ങനെ ഒരു വീക്ഷണം അവർക്കില്ലാത്തതുതന്നെ. ആരോഗ്യം ഒരു സംസ്ഥാന വിഷയമാണ്. സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ഇഷ്ടം പോലെ അതു കൈകാര്യം ചെയ്യാം. ആരോഗ്യത്തെപ്പററി ഒരു വീക്ഷണമുണ്ടായിരിക്കണം. ഒരു പ്രത്യയ ശാസ്ത്രമുണ്ടായിരിക്കണം. അതനുസരിച്ച് പ്രവർത്തിക്കാനുള്ള കഴിവും സന്നദ്ധതയും വേണം. ഇതൊന്നും ആരോഗ്യമേഖല കൈകാര്യം ചെയ്ത ഒരു കക്ഷിയും പ്രദർശിപ്പിച്ചു കണ്ടിട്ടില്ല. രാഷ്ട്രീയമായ ചതുരംഗക്കളിയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒരു കക്ഷിക്കു ആരോഗ്യം വീണുകിട്ടുന്നു. പിന്നെ, ആ കക്ഷിയുടെ ഉള്ളിലുള്ള മററൊരു കളിയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒരു എം എൽ എയ്ക്ക് മന്ത്രിപദവിയും കിട്ടുന്നു. അങ്ങനെ, ഇന്നലെ വരെ ആരോഗ്യത്തെസ്സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു പ്രശ്നവും കൈകാര്യം ചെയ്യാത്ത, കാഴ്ചപ്പാടില്ലാത്ത ഒരാൾ ആരോഗ്യമന്ത്രിയായി അവരോധിക്കപ്പെടുന്നു. എന്തെങ്കിലും ചെയ്യണമെന്നുണ്ടെങ്കിൽ ഇനിയും അവസരമുണ്ട്. കേരളത്തിന്റെ ആരോഗ്യമേഖലയിലെ ഇന്നത്തെ സ്ഥിതി പഠിക്കാം, പ്രശ്നങ്ങൾ പഠിക്കാം, ആരോഗ്യം കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നവരുമായി നേരിട്ടു ചർച്ചകൾ നടത്താം; ജനങ്ങളുടെ അഭിപ്രായങ്ങളും ആവശ്യങ്ങളും പരിശോധിക്കാം; എന്നിട്ട് നൂതനമായൊരു പന്ഥാവിലൂടെ സഞ്ചരിച്ചുനോക്കാം അതിനൽപം മെനക്കെടണം, കുത്തിയിരുന്നു സമയം കളയണം. മന്ത്രിക്കെവിടെയുണ്ട് സമയം? താല്പര്യം?

ആരോഗ്യമന്ത്രി ഇന്ന് കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന ഏററവും വലിയ കാര്യം ജീവനക്കാരുടെ സ്ഥലമാററമാണ്. ആരെ എങ്ങോട്ട്, എപ്പോൾ സ്ഥലം മാററണം എന്ന പ്രശ്നം. ഇത് ഏററവും ഗൗരവം കുറഞ്ഞ, നിസ്സാരമായ ഒരു കാര്യമാവേണ്ടതാണ്. ഏതു ഭരണ സംവിധാനത്തിലും (വാസ്തവം പറഞ്ഞാൽ ഇങ്ങനെ ഒരു പ്രശ്നം തന്നെ ഉണ്ടാവാൻ പാടില്ല) അതായത്, ആരോഗ്യമേഖലയിലെ ഏററവും നിസ്സാരമായ ഒരു പ്രശ്നം കൈകാര്യം ചെയ്യുക എന്നതാണ് ആ വകുപ്പിലെ ഏററവും ഉന്നതനായ വ്യക്തി ചെയ്യുന്ന ഏററവും പ്രധാനപ്പെട്ട ജോലി. കഴിഞ്ഞ ഒരു 15 കൊല്ലത്തിനുള്ളിൽ സംഭവിച്ച മാററമാണിത്. എങ്ങനെ ഈ വിരോധാഭാസം സംജാതമായി? എന്താണു തുടർന്നു നിലനിൽക്കാനും രൂക്ഷമാവാനും കാരണം? ഭരണപരമായ

ഉൽകണ്ഠയും താൽപര്യവുമാണോ? അല്ലേ അല്ല. ജീവനക്കാരുടെ പ്രത്യേകിച്ച് ഡോക്ടർമാരുടെ സ്ഥലമാററങ്ങളിൽ പല തരത്തിലുള്ള കളികളുണ്ടെന്നതാണ് കാരണം. ഈ പരിതസ്ഥിതി മാറണം. പകരം ആരോഗ്യമന്ത്രി ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം യഥാർത്ഥത്തിൽ എങ്ങനെ അഭിവൃദ്ധിപ്പെടുത്താം എന്നു പഠിക്കണം. അതിനു ആരോഗ്യജീവനക്കാരുമായി നിതാന്തസമ്പർക്കത്തിൽ കഴിയണം. അവരുമായി പ്രശ്നങ്ങൾ ചർച്ച ചെയ്തുകൊണ്ടിരിക്കണം. പുതിയ നിയമനിർമാണങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കണം. പദ്ധതി ഭാവിയെ കണ്ടുകൊണ്ട് ആവിഷ്കരിക്കണം. പദ്ധതിയുടെ പരാജയത്തിൻെറ പഴുതുകൾ മനസ്സിലാക്കി പരിഹാരം കാണണം. ചുരുക്കത്തിൽ ആരോഗ്യമന്ത്രി ഒരു ഫുൾടൈം ജീവനക്കാരനായി മാറണം. ഇന്ന് അങ്ങനെയല്ല.

ധീരവും നിർമ്മാണാത്മകവും ഭാവനാത്മകവുമായ നേതൃത്വമാണ് സർക്കാരിൽ നിന്ന് ജനങ്ങൾ പ്രതീക്ഷിക്കുന്നതു്. അതു് പ്രദാനം ചെയ്യാൻ കഴിയാത്തിടത്തോളം നമ്മുടെ ആരോഗ്യമേഖലയ്ക്കു് കാര്യമായ ഒരു പുരോഗതിയും ഉണ്ടാകാൻ പോകുന്നില്ല. എന്തെങ്കിലും വല്ല പുരോഗതിയും ഉണ്ടായാൽ തന്നെ അതിൻെറ പിതൃത്വം അവകാശപ്പെടാൻ ആരോഗ്യകാര്യാലയത്തിനു് അർഹതയുമില്ല.

നമ്മുടെ ഭരണകക്ഷികൾക്ക രാഷ്ട്രീയമായ വീക്ഷണമോ പ്രതിജ്ഞാബദ്ധതയോ ഇല്ല എന്നുപറയാൻ കാരണം മേൽപ്പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ മാത്രമല്ല; കാതലായ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉന്നയിക്കാനും അവയ്ക്കു് സമൂലവും ഭാവനാത്മകവുമായ പരിഹാരം നേടാനും ഉള്ള കഴിവില്ലായ്മ കൂടിയാണു്; ഉദാഹരണത്തിനു്, ആരോഗ്യം. ആരുടെ ആരോഗ്യം? തീർച്ചയായും സമൂഹത്തിൻെറ ആകെ. എന്നാൽ സാമ്പത്തികമായി കഴിവും സാമൂഹ്യമായ സ്വാധീനവുമുള്ളവർ സർക്കാരിൻെറ സഹായമില്ലാതെ തന്നെ ആരോഗ്യം സമ്പാദിച്ചുകൊള്ളും. ആരോഗ്യ കാര്യാലയം പ്രത്യേകിച്ച് ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതു് ഏററവും താഴെക്കിടയിലുള്ളവരെയാണു്; ദുർബലരെയും കഴിഞ്ഞ കാലങ്ങളിൽ അടിച്ചമർത്തപ്പെട്ടവരെയുമാണ്; കാർഷിക വ്യാവസായിക തൊഴിലാളികളെയാണ്; തൊഴിലില്ലാത്തവരെയും നഗ്നചൂഷണത്തിനിരയാകുന്ന ഗിരിജനങ്ങളെയുമാണ്. ഏററവും വലിയ മുൻഗണന ഈ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കു് കൊടുക്കാൻ എന്തുകൊണ്ടാണ് നമ്മുടെ ആരോഗ്യ കാര്യാലയത്തിനു് കഴിയാതിരിക്കുന്നതു്? വെറും ഭരണപരമായ ഒരു പരാജയമായി ഇതിനെ കാണുന്നതു് പ്രശ്നത്തിൻെറ അതിലഘൂകരണമായിരിക്കും. രാഷ്ട്രീയ വീക്ഷണരാഹിത്യവും പ്രതിജ്ഞാബദ്ധത ഇല്ലായ്മയുമാണു് പ്രധാന കാരണം. ഇവ രണ്ടും അത്യാവശ്യമാണ്. ഇവയില്ലാതെ ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ എത്ര പണം വാരിക്കോരി ചെലവു ചെയ്തിട്ടോ, കുറെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളും അത്യാധുനിക ആസ്പത്രികളും തുറന്നിട്ടോ, ഡോക്ടർമാരുടെ

യും കിടക്കകളുടെയും സംഖ്യ കണ്ടമാനം വർദ്ധിപ്പിച്ചിട്ടോ ഒന്നും വലിയ മാററങ്ങളുണ്ടാവാൻ പോകുന്നില്ല—അതായതു് പൊതുജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തിൽ ഗുണപരമായ മാററമുണ്ടാവാൻ പോകുന്നില്ല. ആരോഗ്യമേഖലയിൽ എത്ര പണം ചെലവഴിക്കുന്നു എന്നതല്ല പ്രശ്നം. എങ്ങനെ ചെലവഴിക്കുന്നു എന്നതാണ്. ആളോഹരി ആരോഗ്യത്തിനു വേണ്ടി വളരെ കൂടുതൽ ചെലവു ചെയ്യുന്ന അമേരിക്കയിലേതിനെക്കാൾ മെച്ചമായ പൊതുജനാരോഗ്യമുള്ളതു് അതിലുമെത്രയോ കുറവു ചെലവാക്കുന്ന ഇംഗ്ളണ്ടിലാണ്. നാം ചിലവാക്കുന്നത്രയൊക്കെ പണമേ ചൈനയും ചിലവാക്കുന്നുള്ളു. എന്നാൽ ഇന്ത്യാക്കാരുടെ ആരോഗ്യമെവിടെ കിടക്കുന്നു, ചൈനാക്കാരുടേതെവിടെ? ഈ വ്യത്യാസത്തിന്റെ കാരണം ആരോഗ്യത്തിന്റെ പിന്നിലുള്ള അഥവാ (ഇല്ലാത്ത) പ്രതിജ്ഞാബദ്ധതയും രാഷ്ട്രീയ വീക്ഷണവുമാണ്.

മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം

വിദ്യാഭ്യാസത്തിനെതിരെ പൊതുവെയുള്ളൊരു പരാതിയാണ് അതു്. ജനങ്ങളുടെ ആവശ്യത്തിനുതകാത്തതാണെന്നു്. ഇതു് ഏറെക്കുറെ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനും ബാധകമാണ്. അതു് കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭാസം ഇന്നു് വലിയൊരു പ്രതിസന്ധിയിലാണ്—ആഗോളമായിത്തന്നെ. അതിനെതിരായ വിമർശനങ്ങൾ ഉയരുന്നതു് വികസ്വര രാജ്യങ്ങളിൽ മാത്രമല്ല, വികസിത രാജ്യങ്ങളിലും കൂടിയാണ്. ആറേഴ് കൊല്ലത്തെ ചിലവുകൂടിയ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം കഴിഞ്ഞുവരുന്ന ഡോക്ടർമാർ ഒരു 'ഹൈ ടെക്നോളജി' ബിസിനസിന്റെ താൽപര്യ സംരക്ഷകരായാണ് പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതു്. ആരോഗ്യം പകർന്നുകൊടുത്ത് ജനങ്ങളെ സ്വതന്ത്രരാക്കുന്നതിനുപകരം അവരെ ഈ ഹൈ ടെക്നോളജി ബിസിനസിന്റെ അടിമകളാക്കുകയാണ്.

കേരളത്തിലെ കാര്യമെടുക്കാം. രോഗങ്ങളെ ചികിത്സിക്കാൻ മാത്രം (രോഗികളെപ്പോലുമല്ല) ഉള്ള പരിശീലനം കൊടുത്തുകൊണ്ട് ഒരു പററം ഡോക്ടർമാരെ പുറത്തുവിടുകയാണ് അഞ്ചാറുകൊല്ലംകൊണ്ട് ഇന്നത്തെ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം ചെയ്യുന്നതു്. ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിൽ ഈ ഡോക്ടർമാർക്ക് യാതൊരു താൽപര്യവുമില്ലെന്നു് മാത്രമല്ല, അതിൽ തങ്ങൾക്കൊരുത്തരവാദിത്വവുമില്ലെന്നുവരെ അവർ ചിന്തിക്കുകയും പറയുകയും ചെയ്യുന്നു. ശരിയാണ്, പ്രിവൻറീവ് മെഡിസിൻ എന്ന ഒരു ഡിസിപ്ളിൻ അവർക്ക് പഠിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. പാസാവേണ്ടതുണ്ട്. അതില്ലാതെ ഡോക്ടർ ബിരുദം കിട്ടാത്തതുകൊണ്ട് അവർ അതു് പഠിക്കുന്നു. പഠിക്കുന്ന സമയത്തും അതിനു ശേഷവും അവർക്കതിനോട് കലശലായ വെറുപ്പാണ്, പുച്ഛമാണ്. സകലരിലും ഇത്ര വെറുപ്പുണ്ടാക്കുന്ന രീതിയിൽ എങ്ങനെയാണ് ആ വിഷയം പ

റിപ്പിക്കാൻ സാധിക്കുന്നതു്. എന്താണാശ്ചര്യം ഒരു പക്ഷെ അങ്ങനെ വെറുപ്പുണ്ടാക്കുക എന്നതായിരിക്കാം അവരുടെ ലക്ഷ്യംതന്നെ. ഈ ലക്ഷ്യം നേടുന്നതിനു് ഏതായാലും മെഡിക്കൽ കോളേജിലെ മറ്റെല്ലാ പ്രൊഫസർമാരും അധ്യാപകരും വിദ്യാർഥികളെ നല്ലവണ്ണം സഹായിക്കുന്നുണ്ടു്, തീർച്ച. ക്ലിനിക്കൽ വിഭാഗത്തിലുള്ള പ്രൊഫസർമാരിൽ പ്രിവൻറീവ് മെഡിസിനോടുള്ള ഈ വെറുപ്പ് വളരെ പ്രകടമായിതന്നെ കാണാം. ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ അവർക്കൊന്നും യാതൊരു താൽപര്യവുമില്ല അവരെ കണ്ടുകൊണ്ടു്, അവരുടെ മാതൃക സ്വീകരിച്ചുകൊണ്ടാണല്ലോ വിദ്യാർഥികൾ ഡോക്ടർമാരായി പുറത്തു വരുന്നതു്. ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവർത്തനങ്ങളോടു് കോളേജിൽവച്ച് സംജാതമാക്കിയ ആ വെറുപ്പ് ജീവിതകാലം മുഴുവൻ അവർ മുറുകെ പിടിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അപ്പോൾ എന്താണു് സംഭവിക്കുന്നതു്? ജനങ്ങളിൽ സ്ഥിരമായി ആരോഗ്യം സ്ഥാപിക്കുന്നതിനു് ഏററവും പ്രധാനപ്പെട്ടതായി സകലലോകരാലും അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നതു് യാതൊന്നാണോ, ആ പ്രിവൻറീവ് മെഡിസിനോടു് വിദ്യാർഥികളിലും യുവഡോക്ടർമാരിലും തീരാപക സംജാതമാക്കുക എന്ന 'മഹൽ കാര്യമാണു്' നമ്മുടെ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം സാധിക്കുന്നതു്. ശ്ലാഘ്യമായൊരു നേട്ടംതന്നെ!

കേരളത്തിൽ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം നേടുന്നവർ എല്ലാം പണക്കാരുടെ മക്കളൊന്നുമല്ല. ഇടത്തരക്കാരും പാവപ്പെട്ടവരും അധഃകൃതരും പട്ടികജാതിക്കാരും ഇന്നു് മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ പഠിക്കുന്നുണ്ടു്. ഡോക്ടർമാരായി പുറത്തുവരുന്നുണ്ടു്. കോളേജുകവാടം കടന്നു് ഉള്ളിൽ പ്രവേശിക്കുന്നവരിൽ നല്ലൊരുവിഭാഗം ആദർശശാലികളും ആതുരസേവാതൽപരരുമാണു്. എന്നാൽ അഞ്ചാറുകൊല്ലത്തെ കോളേജുവാസത്തിനുശേഷം ഇവരൊക്കെ സ്വന്തം ചോറും കൂറും മറക്കുന്നവരായി, ആദർശവും ആതുരസേവോന്മുഖതവും കളഞ്ഞുകുളിച്ചു്, പണമുണ്ടാക്കുക, എങ്ങനെയെങ്കിലും ആവുന്നത്ര പണമുണ്ടാക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യം മാത്രമുള്ളവരായി പുറത്തുപോകുന്നു. വല്ലാത്തൊരു രൂപമാററമാണു് സംഭവിക്കുന്നതു്. ഇതു് മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസരംഗത്തെ മററൊരു നേട്ടമാണു്.

ഒരു ഹൈ ടെക്നോളജി മാധ്യമത്തിൽ മാത്രം രോഗചികിത്സ ചെയ്യാൻ ഡോക്ടർമാരെ പ്രാപ്തരാക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെയാണു് നമ്മുടെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ പ്രവർത്തിക്കുന്നതു്. ഈ ടെക്നോളജീയ മാധ്യമം ഇല്ലെങ്കിൽ മെഡിസിൻ ആധുനികമാവില്ല, ശാസ്ത്രീയമാവില്ല, രസകരമാവില്ല എന്നൊക്കെ അവർ ധരിക്കുന്നു. വിശ്വസിക്കുന്നു. നമ്മുടെ നാടിനെ സംബന്ധിച്ചേടത്തോളം ഈ ഹൈ ടെക്നോളജി എവിടെയാണു് ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത്? മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിലും ചില സ്വകാര്യ ആസ്പത്രികളിലും മാത്രം. ഫലമോ?

ഈ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക വെളിയിൽ പ്രവർത്തിക്കാൻ നമ്മുടെ ഡോക്ടർമാർ അപ്രാപ്തരായിത്തീരുന്നു. പരാങ്ങ് മുഖരായിത്തീരുന്നു: സാഹചര്യ സമ്മർദ്ദത്താൽ അതിന്ന നിർബന്ധിതരായാൽ അവർ അത് അസഹ്യമായ വെറുപ്പോടും വിദ്വേഷത്തോടുമാണ് നിർവഹിക്കുന്നത്. തൽഫലമായി സംഭവിക്കുന്നത് ഇതാണ്. യുവ ഡോക്ടർമാർ ഏതു വിധേനയെങ്കിലും മാതൃസന്നിധിയിൽ (മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ) തന്നെ പററിക്കൂടാൻ ശ്രമിക്കുന്നു—അവിടെ ട്യൂട്ടർമാരായി ജോലി തേടുന്നു. അങ്ങനെ ജോലികിട്ടുന്ന ചുരുക്കം ചിലർ സ്വയം അപൂർവഭാഗ്യശാലികളും രക്ഷപ്പെട്ടവരുമായി കരുതുന്നു. ഈ ഭാഗ്യം കിട്ടാത്തവർ, താൽക്കാലികമാണെന്നറിഞ്ഞിട്ടും, മററു വിധങ്ങളിൽ അവിടെ തന്നെപ്പററിപിടിച്ചു കഴിയാൻ ശ്രമിക്കുന്നു—ആവുന്നിടത്തോളം ബിരുദാനന്തര പഠനം ആരംഭിക്കുന്നു, അല്ലെങ്കിൽ സീനിയർ ഹൗസ് സർജനായിട്ടെങ്കിലും അവിടെ തുടരുന്നു. ഇതൊന്നും സാധിക്കാത്തവർ ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ അസിസ്റ്റൻറ് സർജനായി പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നു. അവർക്കും ആദ്യത്തെ നോട്ടം ജില്ലാആസ്ഥാനങ്ങളിലെ ആസ്പത്രികൾ തന്നെ. എന്നാൽ കുറെ പേർ ഗ്രാമ പ്രദേശങ്ങളിലെ പ്രാഥമികാരോഗ്യകേന്ദ്രങ്ങളിലും ഗ്രാമീണ ഡിസ്പൻസറികളിലും അവരോധിക്കപ്പെടുന്നു. ഇവർ ഏററവും അഭിശപ്തരും ഭാഗ്യം കെട്ടവരും ഗതിമുട്ടിയവരുമായിട്ടാണ് സ്വയം കരുതുന്നത്. ഈ വികാരങ്ങൾ അവരുടെ പ്രവൃത്തിയിലും സമീപനത്തിലും പ്രകടമായിരിക്കും. അവരുടെ ഒന്നാമത്തെലക്ഷ്യം ഈ ചളിക്കുള്ളിൽ നിന്നും എങ്ങനെയെങ്കിലും രക്ഷപ്പെടുക. മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ ചേർന്നു് "രണ്ടക്ഷരം (അതായതു്" ബിരുദാനന്ത ഡിഗ്രി) സമ്പാദിക്കുക, എന്നിട്ട് മാന്യമായൊരിടത്ത് കൂടുക എന്നതായിരിക്കും. ചുരുക്കത്തിൽ ജനങ്ങൾ ഏററവുമധികം തിങ്ങിപ്പാർക്കുന്ന ആരോഗ്യപരവും മററുമായ പ്രശ്നങ്ങൾ രൂക്ഷമായിട്ടുള്ള നാട്ടിൻ പുറങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യാൻ ആർക്കും താൽപര്യമില്ല. അങ്ങനെ താൽപര്യം ജനിപ്പിക്കുന്നതോ അതിന്ന പ്രോത്സാഹനം കൊടുക്കുന്നതോ അല്ല ഇന്ന മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ കിട്ടുന്ന വിദ്യാഭ്യാസം.

ഇനി, മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ കടന്നു കൂടിയ ആ "രക്ഷപ്പെട്ടവരുടെ കഥയെടുക്കാം. ആദ്യത്തെലക്ഷ്യം ബിരുദാനന്തര ഡിഗ്രിയെടുക്കാൻ തന്നെ. അതില്ലാതെ അവിടെ കൂടാനാവില്ലല്ലൊ. അതു കഴിഞ്ഞാൽ പിന്നെ എല്ലാവരുടെയും ലക്ഷ്യം ഒരു തീർത്ഥയാത്രയാണ്. എവിടേക്ക്? ഇംഗ്ലണ്ടിലേയ്ക്ക്, അല്ലെങ്കിൽ അമേരിക്കയിലേക്ക് (അതാണ് ആത്യന്തികമായ 'മെക്കാ') അവിടെ നിന്നും ഒരു ഡിഗ്രി കൂടി സമ്പാദിക്കുക. അതും കൂടികിട്ടിയാൽ പിന്നെ മനശ്ശാന്തിയോടു ഒരിടത്ത് കുത്തിയിരിക്കാം അങ്ങനെ പരദേശത്തേയ്ക്കു കുതിയ്ക്കുന്നു. നാലോ അഞ്ചോ കൊല്ലത്തിനു ശേഷം വൈദ്യശാസ്ത്രപാരംഗതനായി, തലയെ

ടപ്പുള്ള കൊമ്പനായി തിരിച്ചെത്തുന്നു, തിരിച്ചെത്തുമ്പോഴാണ് ബോധ്യമാകുന്നത് ഇവിടെയൊക്കെ എത്ര 'കൺട്രി'യാണു് എന്നു്. ഈ ചുററുപാടിൽ എങ്ങനെ 'ശാസ്ത്രീയമായ, ആധുനിക മെഡിസിൻ പ്രാക്ടീസു ചെയ്യും? സകലതും ഓട്ടോമാററിക്കായ യൂറോപ്പിലെയും അമേരിക്കയിയിലേയും ഹൈടെക്നോളജിയില്ലാതെ എങ്ങനെ ഇവിടെനിലനില്ക്കും? നിരാശരായി ചിലർ മടങ്ങിപ്പോകുന്നു. മററു ചില സമർത്ഥന്മാർ ആ ഹൈ ടെക്നോളജി ഇവിടേക്കു് ഇറക്കുമതി ചെയ്തു് കൊച്ചു കൊച്ചു അമേരിക്കകളും യൂറോപ്പുകളും ഇവിടെ സൃഷ്ടിക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു. അവിടത്തെ മുടിചൂടാമന്നന്മാരായി വാഴുന്നു. അതായതു് ഇന്നത്തെ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം ചെയ്യുന്നതു്, മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ മാത്രം പ്രവർത്തിക്കാൻ യോഗ്യരും പ്രാപ്തരുമായ ഡോക്ടർമാരെ സൃഷ്ടിക്കുകയാണു്, ബിരുദാനന്തര പഠനത്തിനുള്ളവരെയുണ്ടാക്കുകയാണു്, യൂറോപ്പിലും അമേരിക്കയിലും പ്രവർത്തിക്കാൻ കെൽപുള്ള ഇൻറർനാഷണൽ ഡോക്ടറന്മാരെ പടച്ചുവിടുകയാണ് ചെയ്യുന്നതു്. അല്ലാതെ നമ്മുടെ നാട്ടിലെ പ്രശ്നങ്ങൾ പഠിക്കാനും പരിഹാരം കാണാനും ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കാനും അഭിവൃദ്ധിപ്പെടുത്താനും പ്രാപ്തരായവരെ ഉണ്ടാക്കുകയല്ല. മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തിൻെറ വിരോധാഭാസമാണിതു്. വല്ലാതൊരു ദൂഷിതവലയം തന്നെ. എവിടെയാണിതിനൊരു പരിഹാരം? എല്ലാ വികസ്വര രാജ്യങ്ങളെയും അലട്ടുന്നൊരു പ്രശ്നമാണിതു്. എളുപ്പമൊരു പരിഹാരം ആരും നിർദ്ദേശിച്ചു് കണ്ടിട്ടില്ല. ചില രാജ്യങ്ങളിൽ, മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തെ സമൂലമായി ഉടച്ചുവാർക്കുക, അതിനു് തികച്ചും നൂതനമായ രൂപവും ഉള്ളടക്കവും പ്രവർത്തനരീതിയും കൊടുക്കുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെ പുതിയ മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ തുടങ്ങിയിട്ടുണ്ടു്. അതിൻെറ ഫലം ഇനിയും അറിയാനിരിക്കുന്നതേയുള്ളു.

നമ്മെ നേരിടുന്ന പ്രശ്നങ്ങളിൽ ചിലവ ഇവയാണ്: നമ്മുടെ പ്രശ്നങ്ങൾക്കെല്ലാം പരിഹാരം പടിഞ്ഞാറുനിന്നും വരണം എന്ന ചിന്താഗതിയെ എങ്ങനെ മാററാം? നമ്മുടെ പ്രശ്നങ്ങൾക്കു് നാം തന്നെ പരിഹാരം കാണണം, കാണാൻ കഴിയും എന്ന ആത്മവിശ്വാസം ജനങ്ങളിൽ എങ്ങനെ സംജാതമാക്കാം? പാശ്ചാത്യ രാജ്യങ്ങളിൽ ഉത്ഭവിച്ചതും അവർ അംഗീകരിച്ചതും മാത്രമേ ശാസ്ത്രമാവൂ എന്ന പിന്തിരിപ്പൻ വിശ്വാസം എങ്ങനെ പറിച്ചുകളയാം? ഇതൊക്കെ ചെയ്താലേ നമ്മുടെ തനതായ മെഡിക്കൽ ഗവേഷണം ഇവിടെ തഴച്ചുവളരൂ; നമ്മുടെ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കപ്പെടൂ.

മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ രംഗത്തെ പരിഹാസ്യമാക്കിത്തീർക്കുന്ന ഒന്നാണ് പ്ലാനിംഗ് ഇല്ലായ്മ. ഡോക്ടർ, നഴ്സ്, ഫാർമസിസ്റ്റ്,

ലാബ്ടെക്നീഷ്യൻ എക്സ്-റേടെക്നിഷ്യൻ എന്നിവർ എത്രയെത്ര വേണം എന്നതിനെക്കുറിച്ച് യാതൊരുബോധവും ആർക്കുമില്ല. ആവശ്യത്തിനനുസരിച്ച് അതാതുവിഭാഗക്കാരെ സൃഷ്ടിക്കുക എന്ന നയം നമുക്കില്ല. അതുകൊണ്ടാണ് ഇന്നുതന്നെ തൊഴിലില്ലാത്ത ഡോക്ടർമാർ നമ്മുടെ നാട്ടിൽ ധാരാളമുണ്ടായിട്ടും കൂടുതൽ ഡോക്ടർമാരെ ഉണ്ടാക്കാൻ വേണ്ടി– അഞ്ചാമതൊരു മെഡിക്കൽകോളേജുകൂടി തുറക്കാനിടയായതു്; അതുകൊണ്ടു തന്നെയാണ്, രൂക്ഷമായക്ഷാമം അനുഭവപ്പെടുന്ന നഴ്സിംഗ്, ഫാർമസിസ്റ്റ് തുടങ്ങിയ വിഭാഗങ്ങളിൽ കൂടുതൽ ആളുകളെ പരിശീലിപ്പിക്കാൻ ആരും ഒരുമ്പെട്ടുകാണാഞ്ഞതു്. കേരളത്തിലെ എല്ലാ ആശുപത്രികളിലും നഴ്സിംഗ് സ്റ്റാഫിൻെറ കമ്മിയുണ്ട്. വിദ്യാഭ്യാസയോഗ്യതയും പരിചയവുമുള്ള നഴ്സുമാരെ കിട്ടാനില്ലാത്തതാണ് കാരണം. ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ തന്നെ 1000–ത്തിലധികം നഴ്സുമാരുടെ ഒഴിവുണ്ടത്രെ. എന്നിട്ടും കൂടുതൽ നഴ്സിംഗ് സ്കൂളുകൾ തുടങ്ങാൻ ആരും മുറവിളി കൂട്ടുന്നില്ല. മുറവിളിയുണ്ടായതു് മെഡിക്കൽ കോളേജ് തുടങ്ങാനായിരുന്നു. രാഷ്ട്രമാനം ഒന്നാരംഭിക്കുകയും ചെയ്തു. പ്ലാനിംഗിൻെറ അഭാവവും ജനങ്ങളുടെ യഥാർത്ഥ താൽപര്യങ്ങൾ തിരിച്ചറിയാനും അവയ്ക്ക് മുൻഗണന നൽകാനുമുള്ള സർക്കാരിൻെറയും ഭരണകക്ഷികളുടെയും മനസ്സില്ലായ്മയുമാണ് ഇതിനൊക്കെ കാരണം.

ആരോഗ്യത്തിൻെറ ഭിന്നതലസ്വഭാവം

ആരോഗ്യം സൃഷ്ടിക്കപ്പെടുന്നതും സംരക്ഷിക്കപ്പെടുന്നതും ഒരു വകുപ്പിലോ തലത്തിലോ മാത്രമല്ല. ഒരു ഡിപ്പാർട്ടുമെൻറിൻെറയോ കാര്യാലയത്തിൻെറയോ മാത്രം പ്രവർത്തനങ്ങളാൽ—അത് ഏററവും ഉന്നതമായ മാനദണ്ഡം പുലർത്തുന്നതായാൽ കൂടി ആരോഗ്യസംരക്ഷണം നടക്കുകയില്ല. അത് നടക്കുന്നത് ഭിന്നതലങ്ങളിലും തുറകളിലുമുള്ള ഭിന്ന വകുപ്പുകളിലും ഡിപ്പാർട്ടുമെൻറിലുമുള്ളവരുടെ ബഹുമുഖ പ്രവർത്തനങ്ങളാലും അവയുടെ പരസ്പര സഹകരണത്താലും ഏകോപനത്താലും ആണ്. ഇതാണ് ആരോഗ്യത്തിൻെറ ഭിന്നതലസ്വഭാവം എന്നതു കൊണ്ടുദ്ദേശിച്ചത്. വാസ്തവം പറഞ്ഞാൽ ജനതയുടെ ആരോഗ്യ സൃഷ്ടിയിലേയ്ക്കും സംരക്ഷണത്തിലേയ്ക്കും ഏററവും കുറഞ്ഞ സംഭാവനയെ ആരോഗ്യ കാര്യാലയം കൊടുക്കുന്നുള്ളൂ. ആരോഗ്യകാര്യാലയത്തെ ''രോഗകാര്യാലയം'' എന്നാണ് ശരിക്കും വിളിക്കേണ്ടതു്. കാരണം രോഗചികിത്സയാണ് അതു് ചെയ്യുന്ന ഏററവും വലിയ കാര്യം. യഥാർത്ഥമായ ആരോഗ്യമുണ്ടാക്കാൻ സഹായിക്കുന്നതു് കൃഷി, പാർപ്പിടം, ജലവിതരണം, പരിസരശുചീകരണം, പൊതു വിദ്യാഭ്യാസം എന്നിവ കൈകാര്യംചെയ്യുന്ന വകുപ്പുകളാണ്– അവയാണ് പരമാർത്ഥത്തിൽ ആരോഗ്യവകുപ്പുകൾ.

ഏററവും ഫലപ്രദമായ ആരോഗ്യദായകവസ്തു ഭക്ഷണമാണ്. ഇതുണ്ടാക്കപ്പെടുന്നതു് ഗ്രാമങ്ങളിൽ. കൃഷിക്കാരൻ ആണ്. ആരോഗ്യം അഭിവൃദ്ധിപ്പെടുത്തുന്നതിനു് നാം ആദ്യമായി ചെയ്യേണ്ടതു് കൃഷി അഭിവൃദ്ധിപ്പെടുത്തുകയും ഭക്ഷണോൽപാദനം വർദ്ധിപ്പിക്കുകയുമാണ്. അതു കൊണ്ടു മാത്രം ആയില്ല. ഉൽപാദിതമായ ഭക്ഷണം ജനങ്ങൾക്കു വിതരണം ചെയ്യപ്പെടുകയും വേണം. ഇന്ത്യയിൽ കഴിഞ്ഞ കുറച്ചുകൊല്ലങ്ങളായി ഭക്ഷ്യോൽപാദനം ഗണ്യമായി വർദ്ധിക്കുകയുണ്ടായിട്ടുണ്ടു്. എന്നാൽ അതു് ഏററവും അത്യാവശ്യമായ ജനവിഭാഗങ്ങൾക്കു് ആവശ്യമായ തോതിൽ ലഭിക്കുകയുണ്ടായോ? തീർച്ചയായുമില്ല. ഉൽപ്പാദനം പോലെ തന്നെ പ്രധാനമാണ് വിതരണം. അതിനെ കുറെയൊക്കെ സഹായിക്കുന്നതാണു് ഭൂപരിഷ്കരണ നിയമ നിർമാണം. ഇതു് ഏററവും സമഗ്രമായി നടന്നിട്ടുള്ളതു് കേരളത്തിലാണു്. അതിന്റെ ഫലം ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയിൽ പ്രതിഫലിച്ചു കാണുന്നുമുണ്ടു്.

ആരോഗ്യ വർദ്ധകമായിട്ടുള്ള മറെറാരു വകുപ്പാണ് വിദ്യാഭ്യാസം. പൊതുവിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെ നിലവാരവും വ്യാപ്തിയും ഏറുന്നതനുസരിച്ചു് ജനതയുടെ ആരോഗ്യം മെച്ചപ്പെടുന്നതായിട്ടാണു് അനുഭവം. അപ്പോൾ വിദ്യാഭ്യാസ രംഗത്തു ചെയ്യുന്ന ഏതു മുതൽ മുടക്കും ആരോഗ്യ മേഖലയിലേയ്ക്കും ഒരു ചെറിയ സംഭാവന ചെയ്യും. വിദ്യാഭ്യാസം ഏറുന്നതനുസരിച്ചു് ജനങ്ങൾക്കു് നെല്ലും പതിരും തിരിച്ചറിയാനുള്ള കഴിവുണ്ടാവുന്നു. ആരോഗ്യത്തിന്റെ ആവശ്യകത, പ്രയോജനം, സംരക്ഷണ രീതി, ലംഘന കാരണങ്ങൾ മുതലായവ മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിയുന്നു. പൊതുവിദ്യാഭ്യാസം സിദ്ധിച്ച ജനതയ്ക്കു് ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം എളുപ്പമാകും. ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം പൊതുവിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗമായിത്തീരുകയാണു വേണ്ടതു്. കേരളത്തിൽ ഇന്നു് അതിനുള്ള സാദ്ധ്യതകൾ ഉണ്ടുതാനും, വിദ്യാർത്ഥികളുടെ മെഡിക്കൽ പരിശോധനാർത്ഥം ഡോക്ടർമാർ എല്ലാ വിദ്യാലയങ്ങളിലും എത്തുന്നുണ്ടു്. പരിശോധനയോടൊപ്പം ആരോഗ്യവിദ്യാഭ്യാസം പരത്താനുള്ള നല്ലൊരു ചാൻസായി ഈ അവസരത്തെ വിപുലപ്പെടുത്തുകയും ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യണം. അദ്ധ്യാപകരും വിദ്യാർഥികളും ഡോക്ടർമാരും ഒത്തൊരുമിച്ചു് ചെയ്യേണ്ട ഒരു കാര്യമാണിതു്

നമ്മുടെ നാട്ടിൽ വലിയൊരു പകർച്ചവ്യാധിയായിത്തീർന്നിട്ടുണ്ടു് ഇന്നു റോഡപകടങ്ങൾ. പ്രായപൂർത്തിയായ, ആരോഗ്യമുള്ളവരുടെയിടയിലെ ഏററവും വലിയ മരണ കാരണം ഇതുതന്നെയാണ്. ഇതു കൊണ്ടു് കുറെയാളുകൾ മരിക്കുന്നു. എന്നതു മാത്രമല്ല ദുരന്തം (അതു്

വലിയൊരു ദുരന്തമാണെന്നതിൽ സംശയമില്ല.) എത്രയോ ആയിരങ്ങൾ വികലാംഗരും അവശരും അസ്വാധീനരുമായത്തീരുന്നു എന്നതാണ് കൂടുതൽ വലിയ ദുരന്തം. ഈ അനാരോഗ്യം എങ്ങനെ തടയാം? ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ വിചാരിച്ചാലുണ്ടാവുന്നതല്ല പരിഹാരം. ഇതു തടയുന്നതിനു മൂന്നുഘടകങ്ങൾ വേണം; നല്ല റോഡുകൾ, നല്ല വാഹനങ്ങൾ, നല്ല ഡ്രൈവർമാർ. നല്ല റോഡുകൾ ഉണ്ടാവാൻ പൊതുമരാമത്തു വകുപ്പും അതിലെ എൻജിനീയർമാരും തുണയ്ക്കണം. വാഹനങ്ങളുടെ കണ്ടിഷൻ ഉറപ്പുവരുത്തുന്നതു് ട്രാൻസ്പോർട്ട് വകുപ്പാണ്, ഡ്രൈവർമാരെ പരിശീലിപ്പിക്കുന്നതും തഥൈവ. റോഡു നിയമങ്ങൾ പാലിക്കപ്പെടുന്നുണ്ടോ എന്നു് പരിശോധിക്കേണ്ടതു് പോലീസിന്റെ ഉത്തരവാദിത്തമാണ്. അപ്പോൾ പൊതുമരാമത്തുവകുപ്പും ട്രാൻസ്പോർട്ട വകുപ്പും പോലീസു വകുപ്പും ഒത്തൊരുമിച്ചു സഹകരിച്ചു് പ്രവർത്തിച്ചാലേ റോഡപകടങ്ങൾ കുറയ്ക്കാനാവൂ. പ്രത്യക്ഷത്തിൽ പൊതുമരാമത്തുവകുപ്പിനും പോലീസിനും ആരോഗ്യത്തിൽ എന്തുകാര്യം എന്നു തോന്നാം. വലിയ കാര്യമുണ്ടു് എന്നു് ഇപ്പോൾ തെളിഞ്ഞുവല്ലോ. ഇങ്ങനെ ഏതു് വകുപ്പു് എടുത്താലും കാണാം അവയുടെ നീണ്ട കരങ്ങൾ ആരോഗ്യത്തെ ആലിംഗനം ചെയ്യുന്നതായിട്ടു്.

ഇതിന്റെ അർഥം വ്യക്തമാണ്: മനുഷ്യ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ സാകല്യത്തിൽ നിന്നുരുത്തിരിയുന്നതാണ് അവന്റെ ആരോഗ്യം. ഏതെങ്കിലും പ്രവർത്തനമണ്ഡലങ്ങളിൽ ഉണ്ടാവുന്ന അനാശാസ്യതകൾ ആരോഗ്യത്തിൽ പ്രതിഫലിക്കും. ബാക്കി തുറകളെല്ലാം മോശമായിരിക്കേ ആരോഗ്യം മാത്രം മഹാക്ഷേമമാവുക എന്നതു് സംഭാവ്യമല്ല; നേരെ മറിച്ചും. എന്നാൽ ആരോഗ്യത്തെ പ്രത്യക്ഷമായി സ്വാധീനിക്കുന്ന ചില മേഖലകളിൽ–ഭക്ഷണം, വിദ്യാഭ്യാസം തുടങ്ങിയവ ഉണ്ടാവുന്ന അഭിവൃദ്ധികൊണ്ടു് അവയുടെ അനുപാതത്തിൽ കവിഞ്ഞ പുരോഗതിയുണ്ടാക്കാൻ കഴിയും ആരോഗ്യമേഖലയിൽ. കേരളത്തിന്റെ ഉദാഹരണം അതാണ് കാണിക്കുന്നതു്.